



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na gestão da doença respiratória crónica na criança/família

Tiago Jorge Dias da Silva

Lisboa

2017



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na gestão da doença respiratória crónica na criança/família

Tiago Jorge Dias da Silva

Orientador: Professora Doutora Maria do Céu Lourenço Sá

Lisboa

2017

Three thick, wavy green lines of varying shades (light green, medium green, and dark green) sweep across the bottom right corner of the page, creating a dynamic, organic feel.

*"Watch your thoughts, for they become words.
Watch your words, for they become actions.
Watch your actions, for they become habits.
Watch your habits, for they become character.
Watch your character, for it becomes your destiny."*

Frank Outlaw

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial à Professora Doutora Maria do Céu Sá pela orientação, o seu conhecimento e experiência enriqueceu todo este percurso.

Tenho também a agradecer aos enfermeiros orientadores, pela sua disponibilidade e oportunidades de aprendizagem que me proporcionaram.

A todas as pessoas e familiares a quem prestei cuidados, a construção deste percurso deveu-se aos mesmos.

Devo também um especial reconhecimento pelos meus colegas do 6º CMER, durante estes dois anos foram vários os momentos de discussão e reflexão que promoveram o meu desenvolvimento.

Finalmente dedico este relatório à Rita, à Luisinha e aos meus pais, pelo apoio, paciência e meses de atenção em dívida.

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral;

AVDs – Atividades de Vida Diária;

CEER – Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação;

CFTR – Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator;

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros;

DGS – Direção-Geral da Saúde;

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;

ER – Enfermagem de Reabilitação;

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;

GARD – Global Alliance against Chronic Respiratory Disease;

GINA – Global Initiative for Asthma;

MAV – Malformação arteriovenosa;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

WHO – World Health Organization.

RESUMO

O presente relatório demonstra o percurso realizado no decorrer da Unidade Curricular *Estágio com Relatório* do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Pretende-se com o mesmo evidenciar e refletir sobre a intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa com alteração das funções motora, sensitiva e cardiorrespiratória ao longo do ciclo de vida, e em particular, na gestão da doença respiratória crónica na criança/família. Assim, surge como objetivo geral do ensino clínico: desenvolver competências de enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação para cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, promovendo a gestão da doença.

Foi construído tendo por base uma prática de cuidados reflexiva com vista ao desenvolvimento de competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para um cuidar de enfermagem individualizado e especializado.

O referencial teórico foi a Teoria Geral do Autocuidado de Orem, uma vez que através da promoção do autocuidado e da maximização das capacidades da pessoa, os cuidados de enfermagem de reabilitação buscam manter e promover o bem-estar, assim como, a recuperação da funcionalidade e a prevenção de complicações.

Este relatório, através da apresentação das atividades desenvolvidas e dos resultados obtidos evidencia os cuidados de Enfermagem de Reabilitação, nos diferentes contextos de prática clínica, promovendo assim o autocuidado, a gestão da doença e a autonomia.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Autocuidado; Gestão de doença; Doença crónica.

ABSTRACT

This report demonstrates the journey made during the course unit *Estágio com Relatório* from the Master in Nursing, specialization in rehabilitation nursing, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. It is intended to evidence and reflect on the rehabilitation specialist nurse intervention with the person with altered motor, sensory and cardiorespiratory functions throughout the life cycle, and in particular, in the management of chronic respiratory disease in the children/family. Therefore, it emerges as a general objective of clinical teaching: to develop skills of nurse specialist in rehabilitation nursing to care for, capacitate and maximize the functionality of people with special needs, throughout the life cycle, promoting disease management.

It was constructed based on a reflective practice in order to develop the skills advocated by *Ordem dos Enfermeiros* for a individualized and specialized nursing care.

The theoretical framework of the intervention of the rehabilitation nurse was Orem's Theory of Self-Care. By promoting self-care and maximizing capabilities, rehabilitation nursing care seeks to maintain and promote well-being, as well as the recovery of functionality and the prevention of complications.

The report, through the presentation of the developed activities and the results, highlights the rehabilitation nursing care in different contexts of clinical practice, promoting self-care, disease management and autonomy.

Key words: Rehabilitation Nursing; Self-care; Disease Management; Chronic disease.

Índice

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	21
1.1 O Autocuidado e a Gestão da Doença Crónica	21
1.2 O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e a Gestão da Doença Respiratória Crónica	25
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	29
2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	29
2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	29
2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	31
2.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados	33
2.1.4. Domínio do Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais	35
2.2. Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	39
2.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	39
2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	49
2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	52
3. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS	55
4. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÊNDICES	
Apêndice I – Projeto de Formação	
Apêndice II – Instrumento de colheita de dados	
Apêndice III – Desdobrável sobre administração de terapêutica por câmara expansora	
ANEXOS	
Anexo I – Competências comuns do Enfermeiro Especialista	

Anexo II – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Anexo III – Mini-exame do estado mental

Anexo IV – Escala de Lower

Anexo V – Índice de Tinetti

Anexo VI – Avaliação dos Orientadores dos locais de ensino clínico

INTRODUÇÃO

O presente relatório intitulado *A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na gestão da doença respiratória crónica na criança/família* surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este decorre da elaboração de um projeto de formação (Apêndice I) e, sua posterior implementação no 3º semestre do curso. Foi desenvolvido utilizando uma metodologia descritiva, crítica e reflexiva, tendo em consideração as necessidades de aprendizagem individuais e tem como objetivos:

- Apresentar o percurso realizado e as atividades desenvolvidas;
- Identificar as principais competências adquiridas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) em articulação com as competências do grau de mestre¹.

O ensino clínico decorreu em diferentes contextos de prestação de cuidados, tendo como foco a pessoa, desde o recém-nascido ao idoso. Assim, intervimos na promoção da gestão da doença crónica em todo o ciclo de vida, aspeto fundamental na aquisição de competências comuns² (Anexo I) e específicas³ (Anexo II) preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Prestámos cuidados em contexto da comunidade ao adulto/idoso com alteração da função sensitiva e motora, integrando uma equipa de cuidados continuados integrados e, em contexto hospitalar, à criança/família⁴ com alteração da função respiratória, sensitiva e motora, estagiando num internamento de pediatria e com a oportunidade de uma incursão a uma unidade especializada em reabilitação na área da criança/jovem. Desta forma operacionalizámos os

¹ Decreto-Lei 74/2006, de 24 de Março. Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de Agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior).

² “São as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (Regulamento n.º122/2011, p.8649).

³ “São as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidade de saúde das pessoas.” (Regulamento n.º122/2011, p.8649).

⁴ Dáde criança/jovem e família enquanto cliente dos cuidados de enfermagem e agente de autocuidado. No entanto, com o intuito de respeitar os autores citados ao longo deste relatório, expressões como “cliente”, “pessoa”, “doente” poderão surgir de forma a sermos fiéis aos mesmos.

conhecimentos adquiridos no 1º e 2º semestre do curso de mestrado e desenvolvemos as competências científicas, humanas e técnicas preconizadas para o EEER. Definimos como objetivos gerais do ensino clínico:

- Desenvolver competências de EEER para cuidar, capacitar e maximizar a funcionalidade de pessoas com necessidades especiais, no âmbito das alterações motoras, sensitivas e respiratórias, ao longo do ciclo de vida, promovendo o autocuidado;
- Desenvolver competências de EEER na gestão da doença respiratória crónica na criança/família.

A realização deste relatório tem por base várias motivações, pessoais e profissionais, uma vez que prestamos cuidados num serviço de internamento de pediatria, no qual se observam diversos internamentos causados por situações de agudização de doença crónica. Por outro lado, é considerada também uma área de investigação prioritária pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015a). Acrescem ainda as alterações nos padrões de morbilidade resultantes dos avanços tecnológicos e científicos, em particular na área da saúde materno-infantil, que originaram um aumento da prevalência da doença crónica na criança/jovem (Charepe & Figueiredo, 2011). Esta pode ser caracterizada como de duração prolongada e irreversível e impõe limitações nas diferentes funções da criança (Contim, Chaud & Fonseca, 2005). Podem ainda conduzir a alterações do desenvolvimento, da funcionalidade⁵, das suas capacidades, à diminuição/restricção da participação social e, conseqüentemente, ao compromisso da autonomia⁶ e do bem-estar. Também a nível familiar provoca um elevado impacto no seu quotidiano, uma vez que as famílias tentam adaptar-se à nova condição de doença da criança, integrando-a no seu sistema e, simultaneamente dando resposta às suas necessidades (Alves, 2013). Destaca-se que a família tem

⁵ Termo genérico para as funções do corpo – são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, incluindo as funções psicológicas -, estruturas do corpo – são as partes estruturais ou anatómicas do corpo -, atividades e participação. Indica os aspetos positivos da interação entre um indivíduo com uma condição de saúde e os seus fatores contextuais ambientais e pessoais (Organização Mundial de Saúde, 2004).

⁶ Entendido como a capacidade para fazer, pensar, decidir e agir baseado em valores e crenças pessoais (Barcelos, 2004; Cardol, Jong & Ward, 2002). Inclui a autonomia de execução – capacidade para agir de acordo com os seus desejos – e de decisão – capacidade para tomar decisões (Cardol, Jong & Ward, 2002). A autonomia no autocuidado visa também a consciência da mudança e sua adaptação.

ainda um papel fundamental no processo de gestão da doença crónica efetuado com a criança com vista à sua capacitação⁷ e adaptação à sua nova condição.

De entre as doenças respiratórias crónicas, o programa Nacional para as Doenças Respiratórias (Direcção-Geral da Saúde, 2012) salienta a asma e a fibrose quística não só devido à sua prevalência mas também pelo nível de diferenciação de cuidados que necessitam. Estas têm impacto físico e psicossocial na criança/família, uma vez que as suas consequências abrangem várias dimensões das suas vidas (Gronkiewicz & Coover, 2011). Larson, Johnson e Angst (2000) afirmam que os principais problemas enfrentados por estas são a dispneia, a tosse produtiva, a fadiga e a intolerância ao exercício e à realização das atividades de autocuidado.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) (2010) enfatiza que existem estratégias de gestão efetivas e que podem ser comparadas entre doenças crónicas. Tal, significa que é necessário promover a sobreposição das semelhanças às diferenças, não olhando para a doença de forma isolada mas para a criança/família, incluindo as repercussões sentidas na sua vida familiar, social e escolar. Neste sentido, também no cuidado ao adulto/idoso, independentemente da patologia/condição presente, quer seja de origem neurológica ou motivada pela imobilidade, ou mesmo pelo envelhecimento, à semelhança da criança/família com doença respiratória crónica, pretende-se desenvolver as suas capacidades adaptativas através da promoção do autocuidado e da autonomia, otimizando ou reeducando as suas diferentes funções. Fazendo este paralelismo, fomenta-se uma filosofia de prestação de cuidados centrados na pessoa, tendo como foco de atenção a promoção do seu bem-estar, expresso através de um saber efetivo, tendo em conta as mudanças na sua vida e gerindo a sua condição.

É, neste enquadramento do exercício profissional que o EEER intervém fomentando o autocuidado, prevenindo exacerbações/complicações, promovendo o controlo dos sintomas da doença crónica e mantendo o potencial da pessoa. Assim, a Teoria Geral do Autocuidado de Orem (2001) constituiu o modelo que sustentou a abordagem personalizada e adequada às necessidades de autocuidado da pessoa, enquanto

⁷ Associado ao conceito de *Empowerment* (Cabete, 2010; Leite, Cunha & Tavares, 2011) – definido em três eixos: acesso e controle de recursos necessários; processo de decisão e habilidade para resolução de problemas; aquisição de comportamento instrumental necessário para interagir com outros para obter recursos - significa fornecer meios e oportunidades, ou seja, criar oportunidades para que a criança/família se sinta mais competente, independente e auto-confiante em relação às suas capacidades para ir ao encontro das suas necessidades (Pereira, Fernandes, Tavares & Fernandes, 2011), de acordo com o seu grupo etário.

teoria que descreve e explica porque razão estas podem ser ajudadas através da intervenção do enfermeiro.

Este relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: Na Introdução enquadrámos a problemática em estudo, nomeadamente do ponto de vista do seu impacto na criança/família, do exercício profissional do enfermeiro e das motivações que conduziram ao desenvolvimento deste percurso. No capítulo 1 designado Enquadramento Conceptual salientamos o autocuidado e a sua importância na intervenção do EEER na gestão da doença crónica, e em particular na doença respiratória crónica na criança/família. No capítulo 2 - Descrição e Análise Crítica das Atividades Desenvolvidas, descrevemos e analisamos as atividades desenvolvidas nos vários domínios de competências comuns e específicas do EEER. No capítulo 3 – Avaliação das Aprendizagem Desenvolvidas, são destacados os aspetos pertinentes e apresentadas as limitações na implementação do projeto. O relatório termina com o capítulo Conclusões e Perspetivas Futuras onde é referida a sua contribuição para o desenvolvimento profissional e apontadas perspetivas de desenvolvimento e continuidade para trabalho futuro.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo evidenciamos a revisão de literatura realizada, essencial à melhor compreensão da problemática em estudo, assim como o estado da arte. Damos destaque ao autocuidado e aos conceitos centrais da Teoria Geral do Autocuidado de Orem que sustentam a nossa prática enquanto enfermeiros. Posteriormente evidenciamos a estreita ligação entre o autocuidado e a gestão da doença e desenvolvemos o tema da doença respiratória crónica na criança/família, apresentando alguma evidência científica que justifica a intervenção do EEER.

1.1 O Autocuidado e a Gestão da Doença Crónica

A OMS define autocuidado como as atividades desenvolvidas pelo indivíduo, família ou comunidade para promover e manter a saúde, prevenir a doença e lidar com a mesma ou com a incapacidade de forma independente ou com o apoio de um profissional de saúde (World Health Organization, 2009). Também a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem apresenta a sua definição, sendo o autocuidado a “*Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária*” (International Council of Nurses, 2005, p.46). Por sua vez, Orem define este conceito na sua Teoria Geral do Autocuidado como um conjunto de atividades, iniciadas e executadas pelas pessoas para seu benefício próprio, com vista à preservação da vida, ao seu desenvolvimento, ao funcionamento saudável e ao bem-estar (Orem, 2001).

A Teoria Geral do Autocuidado foi desenvolvida por esta autora no final dos anos 50 do século passado, e teve origem na sua experiência vivida desde a prestação de cuidados até à direção de uma escola de enfermagem. Baseia-se em algumas premissas, nomeadamente:

- A pessoa tem a capacidade de desenvolver conhecimentos e competências necessários ao autocuidado (agente de autocuidado);
- A pessoa procura saber e desenvolver formas de satisfazer as suas necessidades de autocuidado, existindo uma intencionalidade na ação (ação de autocuidado), sendo

esta influenciada pela idade, género, estágio de desenvolvimento, família, pelos valores e regras culturais, assim como pela disponibilidade de recursos (fatores condicionantes básicos).

A autora salienta que a sua teoria geral é composta por três outras, nomeadamente a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

A teoria do autocuidado descreve as atividades de autocuidado como reguladoras das funções da pessoa, nas suas diferentes vertentes, essenciais ao funcionamento, integridade e ao desenvolvimento desta.

Orem (2001) considera que toda a pessoa possui requisitos de autocuidado que expressam os resultados pretendidos, ou seja, os objetivos do autocuidado, classificando-os em três categorias:

- os requisitos universais de autocuidado, comuns a todas as pessoas, são as ações que propiciam as condições internas e externas relacionadas com o desenvolvimento humano (respiração eficaz, ingestão adequada de água e alimentos, promoção de cuidados associados à eliminação, equilíbrio entre a atividade e o repouso, equilíbrio entre a solidão e interação social, prevenção de risco para a vida e promoção do funcionamento e desenvolvimento humano),
- os requisitos de desenvolvimento, relacionados com a necessidade de adaptação a mudanças na vida do indivíduo, ao longo das várias fases de desenvolvimento (i.e. parentalidade, envelhecimento) e,
- os requisitos de desvio de saúde, relacionados com o aparecimento de doença e que alteram o funcionamento fisiológico/psicológico da pessoa.

Orem destaca ainda que as atividades de autocuidado são aprendidas à medida que a pessoa se desenvolve. Neste sentido, à medida que a criança cresce, desenvolve competências cognitivas e capacidades que a tornam capaz de suprir as suas próprias necessidades, tornando-se gradualmente agente de autocuidado, cada vez mais autónoma face aos seus cuidadores. Assim, todos os indivíduos adultos têm capacidade para se autocuidar, mas por doença, falta de recursos ou fatores

ambientais adversos, a necessidade de autocuidado pode ser superior à sua capacidade para a suprir, surgindo o défice de autocuidado.

A teoria do défice de autocuidado explica porque razão as pessoas podem ser ajudadas pelo enfermeiro. A intervenção de enfermagem é necessária quando existe um défice entre aquilo que a pessoa pode fazer (ação de autocuidado) e o que precisa fazer para que o seu funcionamento seja ideal (exigência de autocuidado). O enfermeiro, enquanto agente terapêutico de autocuidado - aquele cuja ação é análoga à ação de autocuidado, diferindo no sentido, uma vez que é exercida em benefício do bem-estar dos outros e não do próprio - utiliza cinco métodos de ajuda, nomeadamente, atuar por/fazer por; orientar e dirigir; fornecer apoio físico/psicológico; proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal e ensinar.

A teoria dos sistemas de enfermagem explica as relações criadas para que se produza enfermagem através de um sistema de ações que têm como objetivo o reassumir por parte da pessoa o seu próprio cuidado. Orem afirma que o fornecimento de autocuidado se faz através de três sistemas: totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio e educação.

Inerente a este modelo teórico surge o conceito de autonomia, que vai além da dimensão ética, frisando a dimensão funcional e fisiológica da pessoa. Neste sentido, Doran (2011) refere que um dos *outcomes* do autocuidado é a promoção da autonomia.

De acordo com Galvão e Janeiro (2013), o autocuidado integra a capacidade da pessoa cuidar de si própria, mas também de desempenhar atividades essenciais para alcançar, manter ou promover uma saúde ótima. Assim, promover o autocuidado em pessoas com doença crónica é um ponto fulcral da intervenção de enfermagem. Neste âmbito, surge o conceito de autogestão da doença crónica cuja relação com o conceito de autocuidado não está bem definida na literatura, ora sendo considerado um subconjunto ou tipologia de autocuidado focalizado na gestão do atual ou potencial impacto da doença, ora aglutinador do próprio conceito de autocuidado (Bastos, 2013; Galvão & Janeiro, 2013).

A autogestão pode ser definida como:

“uma competência e um processo que as pessoas utilizam numa tentativa consciente de alcançarem o controle da sua doença, em vez de serem controladas por ela (...) associada à capacidade da pessoa, em conjunto com a sua família, a comunidade e os profissionais de saúde, para gerir os sintomas físicos e psicossociais, os tratamentos, as potenciais mudanças de estilos de vida, assim como as consequências culturais e espirituais das doenças crónicas” (Galvão & Janeiro, 2013, p.228).

Também Bastos (2013, p.61) considera a autogestão uma:

“componente do autocuidado suportada pela informação em saúde baseada na evidência (na qual a pessoa com doença crónica se envolve em atividades para) promover e proteger a saúde, monitorizar e gerir sinais e sintomas de doença, gerir o impacto da doença na funcionalidade, emoções e relações interpessoais e aderirem ao regime de tratamento”.

Ainda sobre este assunto, a OMS (WHO, 2009) aponta habilidades que necessitam ser desenvolvidas pelas pessoas, nomeadamente: resolução de problemas; tomada de decisão; utilização de recursos; parceria entre doente-profissional de saúde e, planeamento da ação.

É neste contexto, em que as atividades de autocuidado são entendidas como essenciais para que a pessoa com doença crónica perspetive um projeto de vida que não seja definido pela sua doença, que a teoria de Orem ganha relevância orientando e suportando a intervenção do EEER (assumindo o papel de agente terapêutico de autocuidado) de modo a apoiar e educar a pessoa, capacitar e promover a sua autonomia e *empowerment* face à sua condição de saúde, tendo em consideração as suas necessidades de autocuidado e capacidades.

Assim, esta a Teoria Geral do Autocuidado serviu de modelo norteador da nossa intervenção como EEER na sustentação dos problemas e na tomada de decisão face aos mesmos. A sua escolha vai ao encontro do sugerido no Regulamento dos Padrões

de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (2015b) onde os modelos de autocuidado são apontados como estruturantes e de excelência na prática de cuidados de ER.

1.2 O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e a Gestão da Doença Respiratória Crónica

A asma e a fibrose quística são as doenças crónicas respiratórias mais frequentes e que implicam um tratamento mais diferenciado (DGS, 2012) na infância.

A asma surge como:

“uma doença heterogénea, habitualmente caracterizada pela inflamação crónica das vias aéreas. É definida através da história de sintomas como pieira, dispneia, aperto torácico e tosse que varia ao longo do tempo e intensidade, associado a limitação variável do fluxo expiratório.” (Global Initiative for Asthma, 2015, p.2).

As exacerbações estão associadas à hiperreactividade das vias aéreas relacionada com fatores como o exercício, exposição a fatores alérgenos ou irritantes, mudanças atmosféricas ou infeções respiratórias (GINA, 2015) conduzindo à obstrução progressiva e à hiperinsuflação (Menoita, Costa, Matias & Cordeiro, 2012). Destaca-se a sua reversibilidade após a inalação de um beta-agonista de ação rápida verificando-se melhoria no volume expiratório máximo no primeiro segundo e no pico de fluxo expiratório (Menoita *et al.*, 2012).

Prevê-se que a asma poderá atingir mais de 11,0% da população no grupo etário dos 6 aos 7 anos de idade e 11,8% no dos 13 a 14 anos (DGS, 2012). Estima-se que o número total de pessoas com asma ativa possa ultrapassar os 600 000, onde se incluem crianças. De acordo com 11º Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (Teles de Araújo, 2016), em Portugal, só no ano de 2014, mais de 40% dos internamentos por asma ocorreram em faixas etárias inferiores a 18 anos. Desde 2005, verificou-se um aumento dos internamentos ao longo dos anos, podendo estar relacionado com uma melhor definição do diagnóstico. Estes dados são corroborados por Bousquet e Khaltaev (2008) no *Global Alliance Against Chronic Respiratory*

Diseases (GARD) onde referem a asma como a doença crónica respiratória mais frequente na criança, sendo apontada como a responsável por um elevado insucesso escolar causado pelo absentismo e ainda, pela privação da interação social.

A fibrose quística é considerada uma doença hereditária, autossómica recessiva, provocada por mutações ocorridas no gene que codifica a *Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator* (CFTR) localizado no braço longo do cromossoma 7 (Wong, 1999; Accurso, 2007). A mutação mais frequente é a F508del, e afeta os órgãos que expressam a CFTR, nomeadamente, as glândulas sudoríparas e salivares, canais deferentes, trato biliar, intestino, pâncreas e vias aéreas (Lemos, Gamboa & Pinheiro, 2010). Daqui resulta a predisposição para a obstrução intestinal, a desnutrição e a infertilidade (Phipps, Sands & Marek, 2003). A nível respiratório esta doença caracteriza-se pela obstrução das vias aéreas, dado a produção e retenção de secreções com hiperinsuflação, constituindo o meio ideal para a infeção bacteriana. Verifica-se também uma excessiva resposta inflamatória, acompanhada por um decréscimo progressivo na função pulmonar.

A fibrose quística é a doença autossómica recessiva mais comum na população caucasiana (Lemos, Gamboa & Pinheiro, 2010), estimando-se em Portugal uma prevalência de 1 em 6000 nados-vivos (Farrell, 2008), sendo desconhecidas estatísticas precisas relacionadas com esta doença.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (2011), o perfil de competências do EEER permite-lhe cuidar das pessoas com necessidades especiais, limitação da atividade⁸ e restrição da participação⁹, ao longo do ciclo de vida e, em todos os contextos da prática de cuidados. Compete ao EEER construir um plano adaptado à criança/família. Este deve incluir as preocupações e experiências anteriores, mas também a componente educacional, que permita o treino, fornecimento de informações sobre a doença e reeducação funcional respiratória, que vise e monitorize a adesão ao regime terapêutico e, que promova a autogestão da doença, melhorando assim a

⁸ Dificuldades na execução das atividades, podendo variar entre um desvio leve a grave em termos da quantidade ou da qualidade na execução da atividade quando comparada com a forma e extensão esperada em pessoas com a mesma idade sem essa condição de saúde (OMS, 2004).

⁹ Problemas que uma pessoa pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real. É determinada pela comparação entre a participação individual com a esperada de um indivíduo sem deficiência naquela cultura ou sociedade (OMS, 2004).

qualidade de vida da criança/família, permitindo alcançar autonomia na satisfação das necessidades de autocuidado.

A literatura demonstra que a intervenção do EEER, em especial a nível educacional é eficaz e fundamental na gestão da doença crónica respiratória, na criança/família. Salientamos os resultados da investigação realizada por Newcomb (2006) e Sweet, Polivka, Chaudry e Bouton (2013) que avaliaram os resultados de programas de gestão de asma numa população constituída por crianças e suas famílias. Estes programas incluíam informação relativamente à fisiopatologia da doença, à redução da exposição a fatores alérgicos no domicílio, aos efeitos da medicação e à técnica inalatória e, treino na identificação de sinais e sintomas. Após a implementação destes verificou-se uma diminuição dos internamentos relacionados com agudização da asma, diminuição das idas ao serviço de urgência, diminuição dos dias de ausência na escola, diminuição do uso de broncodilatadores, redução dos sintomas diurnos e noturnos da asma e níveis elevados de satisfação dos pais relativamente ao programa estruturado. Destacou-se ainda a importância da existência de um plano terapêutico escrito, que permitia melhorar a adesão ao mesmo.

Chiang, Ma, Huang, Tseng e Hsueh (2009) e Lima, Lima, Nobre, Santos, Brito e Costa (2008) demonstraram nas investigações realizadas os benefícios da associação de técnicas de reeducação funcional respiratória à criança e jovem com asma. O estudo de caso-controlo de Chiang *et al.* (2009) tinha como objetivo investigar a efetividade da combinação das técnicas de relaxamento à autogestão da doença em crianças com asma (classificada como moderada a severa). Foram criados dois grupos de 24 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 14 anos e agrupadas por género, idade e severidade da doença. Ambos os grupos participaram em programas de autogestão de asma. O grupo experimental foi submetido a trinta minutos de treino de técnicas de relaxamento e oferecido um CD com as mesmas para que mantivesse o treino em casa. Os investigadores concluíram que o grupo de sujeitos que tiveram a intervenção obteve níveis mais baixos de ansiedade, melhoria no nível de autoperceção do estado de saúde e redução do uso de medicação em situação de urgência.

A investigação de Lima *et al.* (2008) avaliou o efeito do fortalecimento da musculatura respiratória (através da utilização do *Threshold*®¹⁰ com uma intensidade de 40% da pressão inspiratória máxima) e de outros exercícios respiratórios (reeducação diafragmática, consciencialização da respiração, dissociação dos tempos respiratórios) na força muscular e no pico de fluxo expiratório. Neste, distribuíram 50 crianças asmáticas aleatoriamente em dois grupos. O grupo de intervenção, além da consulta médica e do programa educacional, foi submetido a duas sessões semanais de 50 minutos, durante sete semanas consecutivas, nas quais eram realizados os exercícios acima descritos. O grupo de controlo apenas teve consulta médica e o programa educacional. Os autores obtiveram como resultado no grupo de intervenção um aumento significativo da pressão inspiratória máxima e da pressão expiratória máxima, assim como, um aumento do pico de fluxo expiratório, em comparação com os resultados do grupo de controlo.

Nas crianças com fibrose quística, tem-se investigado a possibilidade de substituir as manobras de limpeza das vias aéreas (por exemplo o ciclo ativo das técnicas respiratórias, o ensino da tosse e a utilização de dispositivos como o *Flutter*®¹¹ e o *Acapella*®¹²) por exercício físico composto por movimentos planeados, organizados e repetidos (Elbasan, Tunali, Duzgun & Ozcelik, 2012; Reix *et al.*, 2012).

Os resultados destas investigações evidenciam a importância das intervenções do enfermeiro baseadas na promoção do autocuidado da criança/família, destacando o efeito da monitorização e gestão de sinais e sintomas de agudização da doença e o treino de competências relativamente a técnicas e exercícios/atividades específicos, na prevenção de complicações, no controlo da doença e seu impacto na funcionalidade e bem-estar da criança.

Assim, é importante que o EEER desenvolva também competências no âmbito da gestão da doença crónica que lhe permitam estabelecer uma relação de parceria com a pessoa e reconhecer oportunidades para disponibilizar orientações com vista à prevenção de complicações e gestão de sintomas (CIE, 2010).

¹⁰ Dispositivo de resistência linear para fortalecimento da musculatura inspiratória, especialmente do diafragma, que fornece uma pressão constante independentemente do fluxo de ar da pessoa. (UNIDADE CURRICULAR DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO I. Apontamentos. Prof. Cristina Saraiva. ESEL, 2015).

¹¹ Dispositivo que fornece uma pressão expiratória positiva oscilatória eficaz no destacamento de secreções profundas e aderentes (Cordeiro & Menoita, 2012);

¹² Dispositivo que gera oscilação de alta frequência do fluxo aéreo e pressão expiratória positiva facilitador da mobilização de secreções em pessoas com hipersecreção brônquica (Cordeiro & Menoita, 2012).

2. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Este capítulo está organizado de acordo com as competências comuns e específicas do EEER, preconizadas pela OE, onde são apresentados os objetivos definidos e as respetivas competências. Como referimos anteriormente, o ensino clínico decorreu em dois contextos diferentes, permitindo o desenvolvimento de saberes relacionados com a prestação de cuidados especializados. Surgiram diversos momentos de análise e reflexão, partilhados com os enfermeiros orientadores (quer do contexto de cuidados quer da escola) constituindo oportunidades de adquirir competências, tendo sempre presente as questões do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, que passamos a desenvolver.

2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Estão incluídas as seguintes competências:

A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Com vista ao desenvolvimento destas competências foram definidos os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências relacionadas com o processo de tomada de decisão no âmbito da enfermagem de reabilitação, suportado nos princípios, valores e normas deontológicas;
- Promover a defesa da dignidade, privacidade e segurança da pessoa.

Ao longo da integração na equipa, foi-se abrindo um maior espaço para a nossa participação na tomada de decisão e reflexão sobre os diferentes problemas das pessoas. Existiu sempre a preocupação relativamente ao agir guiado pelos princípios

éticos e deontológicos da profissão, respeitando a dignidade da pessoa, não reduzindo a mesma à sua incapacidade¹³ e respeitando os seus interesses, valores e hábitos.

Neste sentido, na tomada de decisão foi respeitada a autonomia da pessoa, ao nível da decisão e da execução, traduzindo-se no seu direito de escolha, mantendo o seu ponto de vista relativamente aos cuidados prestados. Desta forma a autonomia foi entendida não só na “capacidade para fazer” como na “capacidade para decidir o que fazer”, estando diretamente relacionada com a liberdade de escolha e com o processo de *empowerment* (Cabete, 2011). O mesmo alerta ainda para o fato da autonomia constituir uma das quatro condições necessárias para o *empowerment*, acompanhada pelo conhecimento, independência e autoconceito positivo (Cabete, 2011).

Assim sendo, tendo por base as orientações de Cabete (2011), procurámos respeitar e promover a autodeterminação da pessoa, ao longo do ciclo de vida:

- Utilizando uma linguagem isenta de termos técnicos de forma a aumentar a possibilidade das pessoas entenderem todo o diálogo, de forma a colocarem as suas questões.
- Proporcionando toda a informação necessária para promover a liberdade de escolha sobre os cuidados e a forma como são prestados, aumentando o conhecimento sobre a situação vivida.
- Cuidando da pessoa com dignidade e respeito, independentemente da sua idade, estatuto social, nível de educação ou incapacidade.
- Procurando avaliar as suas reais necessidades, escutando as suas preocupações.
- Assegurando-nos que a pessoa participava e compreendia o plano de intervenção construído e, simultaneamente exercia o seu direito em aceitar ou recusar as recomendações realizadas.

Promoveu-se assim o *empowerment*, em particular do idoso, diminuindo a dependência do mesmo relativamente à família e/ou aos profissionais de saúde.

¹³ Termo genérico para deficiências, limitações da atividade e restrições na participação. Indica os aspetos negativos entre um indivíduo com uma condição de saúde e os seus fatores contextuais ambientais e pessoais (OMS, 2004).

A autonomia pode ser a fonte de dilemas éticos particularmente em condições de dependência progressiva (Cabete, 2011). Por isso, os processos de tomada de decisão foram desenvolvidos em torno de quatro etapas fundamentais – avaliação inicial, planificação, execução, avaliação da decisão (Gândara, 2004) – permitindo dar resposta os problemas identificados nas várias situações de cuidados.

O desenvolvimento do processo de tomada de decisão tem subjacentes, de acordo Gândara (2004) ao referir-se aos trabalhos de Bandman e Bandman (1995), três princípios éticos, nomeadamente: o princípio da autodeterminação, baseado no direito e na liberdade de escolha, que pressupõe o direito da pessoa definir os seus valores e assumir a responsabilidade pelo seu estilo de vida e práticas em saúde; o princípio do bem-estar suportado também pelo princípio da beneficência, ou seja, tornar a tomada de decisão numa partilha fomentada pelo diálogo entre o enfermeiro/cliente, promovendo o bem e evitando o mal; e o princípio da equidade que celebra a igualdade de todas as pessoas em dignidade e direitos, mas com prioridade para os mais vulneráveis.

Em síntese, guiados pelos princípios éticos e deontológicos que orientam o agir de enfermagem, foram desenvolvidas estratégias de resolução de problemas no seio da equipa em parceria com a pessoa/criança/família, respeitando e melhorando a informação disponível sobre os seus valores e costumes, aceitando as suas decisões e respeitando os seus direitos.

2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Destacam-se neste domínio as competências:

B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Os objetivos que concorreram para o desenvolvimento destas competências foram:

- Identificar oportunidades de melhoria contínua dos cuidados prestados nos diferentes contextos de ensino clínico;

- Incluir conhecimentos da área da qualidade na prestação de cuidados.

No âmbito da qualidade, evidencia-se o processo de enfermagem, no qual a avaliação ou apreciação inicial constitui a base do planeamento dos cuidados e futura avaliação das intervenções, sendo por isso uma etapa fundamental para prestarmos cuidados individualizados (Kelly-Hayes & Phipps, 2011). Sabemos que todas as pessoas que experienciam um problema de saúde deixam “perceber numerosos sinais indicadores do que a preocupa ou do que lhe causa problema” (Collière, 1999, p.298). Neste sentido, em contexto comunitário, constatámos que seria útil a construção de um instrumento de colheita de dados (Apêndice II) que permitisse fazer uma avaliação sistematizada da condição da pessoa. Assim, foi possível efetuar com segurança um juízo clínico e elaborar um plano de intervenção diferenciado que visasse promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa e valorizando a sua reinserção familiar e social. Tal como afirma Hesbeen (2003), em reabilitação atribuímos maior importância ao doente do que à doença.

Em contexto hospitalar, verificámos que alguns dos pais das crianças apresentavam dificuldades na gestão da doença dos seus filhos, nomeadamente no que respeita ao regime terapêutico, atividades a desenvolver para melhorar o bem-estar dos mesmos e prevenir complicações. Neste sentido, foi construído um desdobrável dirigido a estes sobre a administração de terapêutica por câmara expansora e cuidados associados complementando a intervenção realizada (Apêndice III). Tal, é corroborado por Choi (2013) que afirma que uma grande percentagem de indivíduos tem alta hospitalar com uma limitada compreensão das indicações sobre os cuidados a ter de acordo com a sua situação. Também Charepe e Figueiredo (2011) afirmam a importância de complementar o discurso recorrendo a um suporte escrito de forma a assegurar que a informação é transmitida de modo a que seja interpretada de forma adequada. A capacidade de administrar corretamente a terapêutica inalatória tem um papel fundamental na gestão da doença, no sentido em que, é essencial no seu tratamento e, também no controlo de sintomas, reduzindo o impacto dos mesmos na vida da criança, melhorando a sua capacidade funcional (Kelly-Hayes & Phipps, 2011).

A passagem de ocorrências traduziu-se também num momento importante de reflexão em equipa e de partilha de conhecimentos. Simultaneamente concorreu para a continuidade de cuidados, entendida como “um serviço ou cadeia de serviços que

permanece ininterrupto, coerente e consistente com as necessidades de cuidados da pessoa e com o seu contexto de vida” (Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2010). Este foi um aspeto valorizado durante o ensino clínico pois sabemos que se trata de um processo entre profissionais de saúde que permite a prestação de cuidados à pessoa de forma contínua e, cuja manutenção ajuda a maximizar a sua funcionalidade e autonomia. Assim, a continuidade de cuidados foi perspectivada de duas formas, por um lado como um *continuum* no tempo (entre turnos) e, por outro, entre instituições e níveis de cuidados (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005). Nesse sentido, produziram-se registos de enfermagem (nota de admissão, plano de cuidados, notas diárias e nota de alta/transferência) que refletissem as especificidades e singularidades da pessoa, as situações problemáticas, os resultados das intervenções e as reações da mesma e da família, assegurando assim a continuidade e a orientação a dar aos cuidados (Moita, Nunes, Silva, Soveral & Potra, 2007).

2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Incluem-se neste domínio as seguintes competências:

C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Para tal, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Compreender a dinâmica organo-funcional dos vários locais de ensino clínico;
- Integrar a equipa multidisciplinar;
- Participar nas decisões da equipa multiprofissional, gerindo os recursos disponíveis e otimizando os cuidados.

A importância subjacente à integração nos vários locais de ensino clínico reside no facto de permitir conhecer a estrutura e a cultura organizacional que influenciam o funcionamento da organização de saúde e os processos inerentes à prestação de

cuidados de enfermagem, em particular, de ER. Destaca-se ainda que o processo de integração é essencial para o desenvolvimento do sentimento de pertença e acolhimento numa equipa (Chiavenato, 2004). Além disso, permite a assimilação de valores, normas e padrões de comportamento considerados necessários ao desempenho adequado da organização (Frederico, 2001).

A primeira fase da integração centrou-se na necessidade de conhecer a dinâmica e o funcionamento da organização de saúde e da equipa. Para a sua efetivação, foram realizadas visitas aos locais de ensino clínico e entrevistas semi-estruturadas aos enfermeiros chefes/coordenadores e ao enfermeiro orientador, durante a realização do projeto que consubstancia este relatório, antes do período de realização do ensino clínico.

Para além disso, também foi fundamental no processo de integração a consulta e utilização dos documentos do serviço, protocolos e normas de atuação em equipa. Através da consulta e apropriação destes documentos foi possível identificar, por exemplo, a informação mais relevante e necessária incluída na avaliação inicial de enfermagem para que a intervenção do enfermeiro especialista seja eficaz. Este conhecimento é crucial pois permite intervir melhorando a informação para o processo de cuidar através da elaboração de diagnósticos e intervenções de enfermagem eficazes que permitam a utilização dos recursos de forma a promover o bem-estar, tal como é referido no domínio da Gestão de Cuidados do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º122/2011, p.8652).

Ainda neste âmbito, cabe ao Enfermeiro Especialista a capacidade de fundamentar os métodos de organização do trabalho mais adequados. Verificámos na unidade especializada em reabilitação na área da criança/jovem que nos turnos da manhã e tarde existe sempre um EEER e o método de trabalho é o de enfermeiro de referência. Nesta metodologia de organização do trabalho de enfermagem o enfermeiro de referência é responsável pelos cuidados totais até ao final do internamento, efetuando a colheita de dados, identificando os diagnósticos de enfermagem, planificando os cuidados e preparando o regresso a casa (Costa, 2004). Destaca-se a importância da comunicação e colaboração entre a criança/família e todos os outros profissionais envolvidos pois permitem a prestação de cuidados de excelência (Mumma & Nelson, 2000).

No internamento de pediatria o método de trabalho utilizado consistia no método individual que permite a continuidade do atendimento à criança/família durante o turno. Destacamos que foi ainda possível orientar a equipa nos processos de tomada de decisão, atendendo à individualidade da criança/família. Verificou-se sempre a preocupação do EEER em planear os cuidados às crianças com os outros elementos da equipa para que todas as crianças fossem alvo da sua intervenção. Apesar da boa relação entre a equipa do serviço de medicina física e reabilitação e a equipa de enfermagem, em particular com a EEER, poderia existir ainda uma maior partilha e intervenção mútua, uma vez que a coordenação e a convergência de cuidados constituem fatores essenciais durante e para a reabilitação da criança, tal como corroborado por Mumma e Nelson (2000).

2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Neste domínio dá-se especial destaque às competências:

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Para o desenvolvimento destas competências foi delineado o seguinte objetivo:

- Utilizar a evidência científica para a prática de cuidados de ER.

Em contexto da comunidade foram prestados cuidados de enfermagem a pessoas que apresentavam como antecedente pessoal síndrome demencial¹⁴. Realizámos uma revisão de literatura para identificar intervenções de ER com o objetivo de manter a função motora e autonomia na realização das atividades de autocuidado destas pessoas, assim como responder a outras dimensões comprometidas. Salienta-se que a ajuda à pessoa com dependência e o restabelecimento das faculdades perdidas são áreas privilegiadas do âmbito da ER (CEER, 2010).

¹⁴ Estima-se que a nível mundial 35,6 milhões de pessoas sofram desta síndrome, sendo que está projetado para 2030 que este número aumente para 65,7 milhões e em 2050 para 115,4 milhões (World Health Organization, 2012). Em Portugal, estima-se que existam 153 000 pessoas diagnosticadas com demência, das quais 90 000 com doença de Alzheimer, sendo que o subdiagnóstico tem um peso importante (Alzheimer Portugal, 2015).

Neste sentido, autores como Oswald, Gunzelmann e Ackermann (2007) e Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques e Sousa (2011) reconhecem o benefício da reabilitação, focalizada na maximização das capacidades da pessoa com demência, na estimulação cognitiva e multissensorial, na promoção e manutenção da mobilidade e funcionalidade da mesma.

Pitkala, Savikko, Poysti, Strandberg e Laakkonen (2013) realizaram uma revisão sistemática de literatura com o objetivo de estudar a eficácia da atividade física ou exercício, enquanto componente *major* da intervenção, na melhoria da função motora das pessoas com demência. Estes mostraram que programas de promoção da atividade física ou exercício trouxeram benefícios relativamente à função motora destas pessoas, como o:

- Atraso no declínio da capacidade para realizar AVDs (medido através do índice de Katz);
- Atraso no declínio/melhoria da mobilidade (avaliado através do teste de marcha de 6 minutos, velocidade de marcha e equilíbrio);
- Melhoria relativamente a limitações funcionais (avaliado através da função da mão e da capacidade em executar duas tarefas simultaneamente – andar e falar).

Também Rolland *et al.* (2007) verificaram que um programa de exercício simples (que incluía exercício aeróbico, de força, flexibilidade e equilíbrio, durante uma hora, duas vezes por semana) foi suficiente para atrasar o declínio na capacidade de realização das AVDs em pessoas diagnosticadas com doença de Alzheimer. Oswald *et al.* (2007) e Hauer *et al.* (2012) desenvolveram uma intervenção junto destas pessoas, baseada num programa de exercício físico e obtiveram resultados positivos relativamente ao controlo postural e equilíbrio, diminuindo o risco de quedas, na melhoria da função motora e cognitiva e, conseqüentemente, na independência na realização das AVDs. Ao contrário dos anteriores, estes autores especificaram os exercícios e as atividades que compunham o seu programa. De entre as atividades destacam-se: lançar e apanhar uma bola; alternância do peso corporal; trabalhar com barro; dançar sentado; levantar de uma cadeira e andar; subir escadas. Relativamente aos exercícios, foram os seguintes: abrir e fechar a mão alternadamente; fazer elevações dos membros inferiores; realizar exercícios com pesos nos membros inferiores e superiores.

Após esta revisão da literatura foram divulgados e discutidos os seus resultados no seio da equipa de enfermagem, decidindo-se a implementação de alguns dos exercícios e das atividades que revelaram serem eficazes, nomeadamente: exercícios com pesos nos membros inferiores e superiores, fazer elevações dos membros inferiores, levantar de uma cadeira e andar e alternância do peso corporal. A sua implementação permitiu obter melhor equilíbrio na posição de pé e na marcha.

Destaca-se a necessidade de, além da intervenção motora, ser crucial contemplar a estimulação cognitiva (Barbosa *et al.*, 2011). Neste âmbito, Pinho (2012) aponta para a importância da promoção de um ambiente calmo, dando instruções claras e simples, utilizando uma maneira tranquila e agradável de falar. Desta forma, o autor afirma ser possível minimizar a confusão e a desorientação, fornecendo uma sensação de segurança. O recurso a relógios e calendários permitem estimular a orientação temporal. Smeltzer e Bare (2002), citados por Pinho (2012) alertam ainda para a importância da participação ativa destas pessoas em atividades, uma vez que tal pode contribuir para manter as suas capacidades de interação cognitiva, funcional e social por um período mais longo de tempo. Esta afirmação é corroborada por Guerreiro (2012) que aponta a abordagem de adaptação funcional enquanto uma das possíveis em reabilitação cognitiva. Nesta o treino é realizado no contexto de situações reais da vida da pessoa, sem intervenção específica na função cognitiva.

Verificámos ainda a existência de outras necessidades das pessoas/famílias, corroboradas pela literatura, para além da dependência nas atividades de autocuidado e apoio à função cognitiva, nomeadamente: alteração da ingestão de água e alimentos, alteração padrão de sono e necessidade de apoio e educação dos familiares/cuidadores (Pinho, 2012). No que se refere à componente educativa, foram fornecidas informações sobre a doença e sobre apoios disponíveis na comunidade. Também se verificou que a escuta ativa foi uma ferramenta essencial para a gestão de emoções dos familiares/cuidadores.

Relativamente à criança/família, perante a problemática relacionada com a introdução de jogos tecnológicos no plano de intervenção do EEER para a criança com alterações do foro sensório-motor, de forma semelhante, recorreu-se à pesquisa nas bases de dados.

Neste sentido, Salem, Gropack, Coffin e Godwin (2012) conduziram um ensaio clínico randomizado com uma população constituída por quarenta crianças com atraso do desenvolvimento motor, tendo submetido o grupo de intervenção a duas sessões semanais, durante dez semanas, a jogos da *Nintendo Wii Sports™* e da *Nintendo Wii Fit™*, que incluíam treino de equilíbrio e força. Obtiveram como resultados, além da satisfação das crianças com a intervenção, melhorias significativas na força de preensão da mão direita e no equilíbrio unipodal, em comparação com as crianças do grupo de controlo. Também Joo *et al.* (2010) incluíram no plano de reabilitação de dezasseis adultos com acidente vascular cerebral (AVC) (com hemiparesia), seis sessões de exercícios de aumento de força dos segmentos do membro superior do hemicorpo afetado através da *Nintendo Wii™*, durante 2 semanas. Como resultados, verificaram pequenas, mas estatisticamente significativas, melhorias no aumento da força e na função do membro superior. Os resultados destas investigações justificam a importância da introdução deste tipo de jogos com o objetivo de promover a reeducação da função motora na criança e no adulto, verificando-se que o aspeto lúdico aumenta a sua participação e envolvimento.

Estes resultados de pesquisa comprovam a constante preocupação em atuar como dinamizador e gestor da incorporação do conhecimento, baseado em evidência científica, nos cuidados prestados à criança/família/pessoa alvo dos nossos cuidados, perante situações clínicas complexas identificadas como oportunidades de aprendizagem.

2.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Neste subcapítulo iremos descrever e analisar as atividades desenvolvidas que permitiram a aquisição das competências específicas do EEER, preconizadas pela OE (Regulamento n.º125/2011, 2011).

2.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

Com vista ao desenvolvimento desta competência, foi definido o seguinte objetivo:

- Avaliar as capacidades, alterações e necessidades da pessoa ao longo do ciclo de vida;
- Planear e tomar decisões sobre os cuidados a prestar à criança/pessoa/família com alterações que determinem limitações da atividade.

Cuidar de uma pessoa implica conhecê-la. Tal como afirma Watson (2002, p.56) “para cuidar de alguém (...) temos que saber (...) quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que é que contribui para o seu crescimento”. Assim, é essencial uma apreciação global que permita diagnosticar alterações ou risco de alterações da funcionalidade e posteriormente tomar decisões para desenvolver intervenções de enfermagem.

Verificámos que as pessoas idosas, especialmente em contexto domiciliário, se encontravam, maioritariamente, acamadas, em situação de dependência em consequência da agudização de doença crónica e, consequentemente, de internamentos hospitalares anteriores prolongados. Carinhas, Eusébio, Carvalho, Lopes e Braga (2013), destacam que mesmo em adultos saudáveis a imobilidade tem consequências na fisiologia humana ao nível dos diferentes sistemas orgânicos. Estes mesmos autores acrescentam que 30 a 60% dos idosos desenvolvem novas situações de dependência nas AVDs durante o internamento hospitalar, por imobilidade e suas consequências.

Neste sentido, considerámos essencial prevenir as complicações adicionais neste grupo de clientes provocadas pelo repouso prolongado no leito¹⁵, consubstanciando as afirmações da CEER (2010) que apontam o EEER enquanto profissional vocacionado para a prestação de cuidados a grupos vulneráveis e, em situação de maior risco de dependência física e funcional.

Assim, tendo em consideração a rápida instalação destas complicações e pretendendo a sua prevenção ou mesmo resolução, respondemos às necessidades de autocuidado, através dos vários sistemas de enfermagem (Orem, 2001), promovendo capacidades adaptativas com vista à otimização ou reeducação das várias funções da pessoa (Regulamento n.º 125/2011, 2011). Para isso, na avaliação inicial foram recolhidos dados relativamente aos antecedentes pessoais, à história de doença atual, à terapêutica habitual e também aos requisitos universais de autocuidado. Evidencia-se a importância dada à avaliação da cognição, recorrendo-se à aplicação do Mini-exame do Estado Mental (Anexo III) que permitiu recolher dados relativamente à orientação quanto ao tempo e lugar, registo de palavras, atenção, cálculo, memória, linguagem e construção visual (Kelly-Hayes & Phipps, 2011). A importância atribuída à avaliação da cognição reside no facto de ser essencial avaliar a habilidade da pessoa como agente de autocuidado para adquirir e reter nova informação, além de permitir identificar as pessoas em risco de dificuldade de adaptação à incapacidade assim como a estratégias de ensino (Kelly-Hayes & Phipps, 2001).

Destaca-se ainda a ênfase dada aos requisitos universais de autocuidado:

- Respiração eficaz (implicando uma avaliação completa da função respiratória);

¹⁵ As alterações provocadas pelo repouso prolongado verificam-se a vários níveis: Respiratório - diminuição da excursão diafragmática, redução da amplitude do movimento torácico, respiração superficial, aumento da frequência respiratória e diminuição da eficácia da tosse. Estas alterações promovem a acumulação de secreções aumentando a predisposição para a infeção e pneumonia de estase; Cardiovascular - aumento da sobrecarga cardíaca que conduz ao aumento da frequência cardíaca, hipotensão ortostática e formação de trombos; Músculo-esquelético - osteoporose, diminuição da força, tónus e massa muscular e também diminuição da amplitude articular originada pela diminuição do líquido sinovial entre as superfícies intra-articulares e pela diminuição da funcionalidade muscular; Pele - úlceras de pressão resultantes do aumento da pressão direta não aliviada sobre os tecidos moles, força de fricção e deslizamento; Gástrico - estase e distensão gástrica, dispepsia e anorexia; Urinário - formação de litíase, retenção urinária, esvaziamento incompleto da bexiga, infeção urinária como consequência da estase de urina. Estas alterações são originadas pela associação de fatores como o enfraquecimento dos músculos abdominais, relaxamento incompleto dos músculos do soalho pélvico e a ausência do auxílio da força da gravidade na drenagem de urina ao longo do trato urinário; Intestinal - mais frequente é a obstipação podendo também instalar-se a diarreia; Neurológico - Em termos cognitivos verifica-se confusão, desorientação, diminuição dos períodos de alerta, alteração da memória, da coordenação e da aprendizagem. Também se verifica apatia, ansiedade e depressão (Bell, 1994; Borgman-Gainer, 2000; DeLisa, 2002; Graf, 2006; Carinhas *et al.*, 2013; Lima, 2014).

- Ingestão suficiente de água e alimentos (recolhendo dados relativamente às preferências, hábitos e restrições);
- Provisão de cuidados associados aos processos de eliminação (recolhendo dados sobre hábitos, existência de perturbações do controlo da eliminação vesical e intestinal e sobre a utilização de dispositivos urinários);
- Equilíbrio entre atividade e repouso (implicando uma avaliação da força muscular, recorrendo à escala de Lower – Anexo IV –, da marcha e equilíbrio, aplicando o índice de Tinetti – Anexo V -, e também a recolha de dados relativamente ao padrão de sono e a atividades de recreação).

Na colheita de dados foi dada importância aos familiares, uma vez que são eles que conhecem o membro da sua família, as suas preferências, interesses, preocupações e hábitos, aspetos essenciais à prestação de cuidados centrados na pessoa (McCormack & McCance, 2006). Por outro lado, de acordo com Campos, Padilha e Oliveira (2012) a integração desta constitui uma transição complexa. Assim é fundamental não responsabilizar as famílias sem avaliar se apresentam condições a nível social, económico, psicológico, emocional e inclusivamente, se os seus elementos se apresentam fisicamente aptos para assumirem o papel de cuidadores (Veríssimo & Moreira, 2004). Além disso, importa que o EEER avalie os padrões de resposta que indicam que o cuidador familiar está a progredir neste processo de transição (Meleis *et al.*, 2000), uma vez que o assumir do papel de cuidador pode estar associado a um evento súbito e imprevisto podendo implicar dificuldades acrescidas na adaptação a esse novo papel (Pereira, 2006). Importa não esquecer que a família deve trabalhar em conjunto com o EEER para garantir a continuidade e a consistência das intervenções planeadas no domicílio, pelo que a eficácia na prestação de cuidados pelo cuidador familiar parte de uma clara identificação das suas próprias necessidades, sendo também este alvo de cuidados do EEER (Creasy *et al.*, 2014).

Face à avaliação realizada foram desenvolvidas intervenções de ER, assumindo-se o enfermeiro enquanto agente terapêutico de autocuidado (Orem, 2001).

A fim de prevenir as complicações respiratórias e promover a expansão torácica foi realizado instrução e treino da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, assim como exercícios de reeducação funcional respiratória do tipo

abdomino-diafragmáticos e abertura costal global com bastão. Recorrendo também ao familiar cuidador, foi realizado ensino sobre a importância do reforço hídrico.

A nível da ingestão adequada de alimentos sugeriu-se oferecer refeições que vão ao encontro das preferências alimentares da pessoa (Borgman-Gainer, 2000).

Relativamente à eliminação vesical, verificaram-se sobretudo situações de incontinência vesical funcional, pelo que foi sugerida a construção de um diário que permitisse caracterizar de forma mais concreta o problema, no que respeita ao número de micções, as suas características, horário e a existência de alguma atividade associada ao episódio (Pires, 2000). As estratégias de intervenção de ER estabelecidas passaram pela associação do treino vesical com o treino de hábitos, tal como preconizado por Pires (2000), assim como o desenvolvimento de ações dirigidas à causa. A implementação destas estratégias contribuíram para a resolução dos episódios de incontinência vesical na maioria das pessoas. Permitiu fomentar o controlo da micção, promovendo a continência, o seu bem-estar e a reintegração da pessoa na família.

De forma a manter a integridade e amplitude das estruturas articulares, foram realizados exercícios de amplitude articular passivos e ativos (assistidos ou resistidos) de acordo com a situação da pessoa. A realização de exercícios de amplitude articular ativos resistidos permitiu ainda promover o aumento da tolerância ao esforço na realização das atividades de autocuidado. Os resultados obtidos foram sendo monitorizados através da aplicação da escala de Lower, registados e partilhados com a restante equipa, sendo a intervenção reformulada de acordo com os resultados obtidos.

Importa destacar que durante toda a intervenção, a realização dos exercícios descritos estavam dependentes da preferência, necessidade e individualidade das pessoas, sendo adaptados à sua tolerância. Esta foi monitorizada através da aplicação da Escala de Borg¹⁶ ou da fórmula de Karvonen¹⁷ com intensidade de 40% (Cordeiro *et al.*, 2012).

¹⁶ Trata-se de uma escala subjetiva de dispneia, em que o cliente classifica a sensação de falta de ar de 0 (nenhuma) a 10 (máxima) durante o exercício.

¹⁷ Consiste numa fórmula baseada no pressuposto que a frequência cardíaca pode ser utilizada como um indicador da intensidade do exercício, permitindo avaliar o esforço - Fórmula: Freq. Cardíaca Repouso + Intensidade (%) x (Freq. Cardíaca Teórica Máxima – Freq. Cardíaca Repouso).

Foi aplicada a escala de Braden de forma a avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Dependendo do risco apresentado, e tendo em consideração as orientações emanadas pelo *European Pressure Ulcer Advisory Panel* referidas por Carinhas *et al.* (2013), o principal objetivo foi alívio da pressão. Para isso, foi realizado o levante¹⁸, mudanças de decúbito, promovida a hidratação e evitada a humidade da pele.

Verificou-se por parte dos familiares cuidadores que estes necessitavam de informação, educação, encorajamento e suporte. Estes solicitavam, além de informação, também soluções de organização e resposta a questões relacionadas com a doença, a sua progressão, sintomas, consequências no dia-a-dia, resolução de problemas e também de saber a quem recorrer para pedir ajuda, tal como afirmado por Brillhart, Heard e Kruse (2001) e por Amaro (2012). Estas solicitações devem ser valorizadas pois são fundamentais para o envolvimento da família nos cuidados.

Também no ensino clínico pudemos cuidar da criança/família com alteração do foro sensório-motor. Tivemos a oportunidade de estagiar num internamento de pediatria, no qual encontrámos crianças sujeitas a correção de malformação arteriovenosa (MAV) e fizemos uma curta incursão a unidade especializada em reabilitação na área da criança/jovem, onde contactamos predominantemente com crianças com hemiplegia resultante de AVC.

De acordo com Ricci-Balich e Behm (2000), em todas as crianças o crescimento e desenvolvimento ocorrem de forma sequencial. Assim, as crianças para além de aprenderem a movimentar-se no seu ambiente, também adquirem capacidades para comer, vestir-se, ir à casa de banho e arranjar-se (Ricci-Balich & Behm, 2000). Alinhado com este pensamento, na apreciação inicial de enfermagem foi avaliado como cada criança desenvolvia determinada atividade de autocuidado, identificando as suas capacidades e percebendo os seus hábitos, tendo em consideração as aquisições de acordo com a sua idade. Com frequência, eram utilizadas algumas estratégias para facilitar a avaliação, nomeadamente o recurso a brinquedos, como o boneco significativo e à família.

¹⁸ Considerado prioritário (sempre que possível). Foi progressivo, começando por elevar apenas a cabeceira, avaliando os sinais vitais e observando a resposta da pessoa e só posteriormente levantando-a.

Uma componente importante da apreciação inicial destas crianças consistiu no exame neurológico. Na avaliação da existência de negligência hemiespacial unilateral, destaca-se o recurso ao desenho enquanto uma ferramenta importante, pedindo à criança em idade pré-escolar/escolar que desenhasse uma flor. De acordo com Yousefian, Ballantyne, Doo e Trauner (2015), o desenho constitui uma tarefa que envolve ações complexas a nível neurológico, psicológico e motor que pode ser utilizado na avaliação tanto da função motora como cognitiva.

A força muscular foi avaliada em todos os movimentos dos vários segmentos corporais (do distal para o proximal) utilizando a escala de Lower, o tônus muscular utilizando a escala modificada de Ashworth (dos segmentos distais para os proximais) e a coordenação motora através da prova index-nariz (Menoita, 2012a).

Outra componente da apreciação inicial destas crianças consistiu na avaliação da sensibilidade superficial e profunda, nas componentes tátil, térmica e dolorosa e vibratória, pressão, postural e estereognosia¹⁹, respetivamente.

A avaliação do equilíbrio foi realizada nas componentes estática (sentado e em pé) e dinâmica (introduzindo um pequeno balancear no tronco da criança e observando se esta compensa o movimento, recuperando o equilíbrio).

A partir desta avaliação evidenciavam-se os problemas e eram tomadas decisões relativamente às estratégias de intervenção com vista à promoção do autocuidado.

Destaca-se ainda a importância do jogo, não só na avaliação, mas também na implementação de intervenções junto da criança/família de forma a conseguir a sua colaboração e adesão. Neste sentido, Nathenson (2012) reforça que apesar de a reabilitação poder utilizar sofisticados conceitos de neurociência, intervenções de baixa tecnologia e de elevado contacto estão enraizadas no seu conceito. Para ilustrar estas afirmações, surgem como exemplo os exercícios de carga no cotovelo, que tinham como objetivo aumentar o tônus muscular do membro afetado, estimular a sensibilidade propriocetiva e os reflexos cervicais (Menoita, 2012a), que eram designados de “jogo da asa de galinha”. Desta forma, enquanto se cantava uma música conhecida sobre galinhas, executava-se o exercício, de forma divertida para a

¹⁹ Sentido que possibilita o reconhecimento de um objeto através da sensibilidade tátil, térmica, barestesia, estabelecendo a forma, o contorno e o estado dos objetos (Menoita, 2012a).

criança em idade pré-escolar/escolar transformando a intervenção num jogo e promovendo a sua adesão. Importa adequar o plano de enfermagem de reabilitação ao estágio de desenvolvimento da criança. Também a *Association of Rehabilitation Nurses* (2015) destaca a importância do brincar afirmando que este traduz a forma como a criança aprende e apreende sobre o mundo que a rodeia e, como tal, tem de ser parte integrante no plano de intervenção de cada uma delas.

No mesmo sentido, recorreu-se à tecnologia com fim terapêutico. Utilizou-se um *tablet* com jogos simples mas apelativos de forma a estimular, numa primeira fase, a força muscular e a integração do hemicorpo afetado, pedindo à criança para segurar o mesmo com as duas mãos. Numa fase posterior, incentivando-a a utilizar a mão e dedos do hemicorpo afetado para jogar no *tablet*, estimulando a coordenação.

Estas intervenções são fundamentadas no treino motor podendo promover a neurogénese²⁰, a sinaptogénese²¹ e a modulação pré e pós sináptica, tendo assim um efeito positivo sobre a neuroplasticidade²² (Borella & Sacchelli, 2009).

Tendo como objetivo prevenir a instalação da espasticidade, estimular a sensibilidade e os movimentos do hemicorpo afetado, treinar o equilíbrio e reeducar o mecanismo reflexo-postural foi realizado ensino e treino de atividades terapêuticas (como automobilizações, ponte, rolar para o lado afetado e para o lado menos afetado, facilitação cruzada), posicionamentos em padrão anti-espástico e mobilizações passivas e ativas, indo ao encontro do sublinhado pela OMS (2003) e também por Menoita (2012a). A utilização de um espelho durante as automobilizações permitia facilitar a integração de todo o esquema corporal e, além disso, a correção da postura sentado (Menoita, 2012a). Por sua vez, a ponte foi considerada uma atividade importante no treino da criança para passar à posição de sentada e, posteriormente, à de pé, uma vez que ajuda a restabelecer o movimento controlado e funcional da anca, estimula a sensibilidade postural e inibe a espasticidade (Menoita, 2012a). A facilitação cruzada foi realizada colocando a mesa-de-cabeceira do lado afetado, induzindo a

²⁰ Produção de neurónios - corresponde a um processo complexo que tem início com a divisão de células estaminais (Menoita, 2012);

²¹ Formação de sinapses – relacionado com o número de sinapses por unidade de volume do tecido cerebral (Menoita, 2012a);

²² Capacidade de adaptação do sistema nervoso central às mudanças nas condições do ambiente que ocorrem no dia-a-dia do indivíduo. Conceito amplo que se estende desde a resposta a lesões traumáticas até alterações resultantes de processos de aprendizagem e memória (Borella & Sacchelli, 2009).

atividade bilateral através da linha média corporal, assim como abordando a criança sempre pelo lado afetado (OMS, 2003).

O desenho revelou ainda ser, além de uma ferramenta de avaliação, uma intervenção no que respeita à correção da postura sentado e da integração do hemicorpo afetado. Relativamente ao último, era pedido à criança que colocasse a mão do lado afetado sobre uma folha e desenhasse o seu contorno.

Também as questões do cálculo e da contagem de números foram trabalhadas durante as mobilizações passivas ou ativas dos segmentos corporais. As crianças eram estimuladas a contar, em sentido crescente ou decrescente, as repetições do exercício, ou a calcular o número de repetições que faltavam executar.

O contexto do internamento de pediatria proporcionou ainda várias experiências no cuidado à criança/família com alteração da função respiratória. Verificou-se a oportunidade de prestar cuidados a várias crianças com alteração da função respiratória, a maioria com diagnóstico médico de bronquiolite aguda e pneumonia viral ou bacteriana.

Previamente à implementação de um programa de reeducação funcional respiratória é essencial uma avaliação desta função da criança (frequência e padrão respiratórios, saturações periféricas de oxigénio, palpação torácica, sinais de dificuldade respiratória, alterações da coloração da pele, características das secreções, auscultação pulmonar, observação de radiografia torácica, distensão abdominal e temperatura).

De acordo com a idade e o nível de desenvolvimento e de colaboração da criança foi possível implementar um conjunto de técnicas de reeducação funcional respiratória com vista à prevenção ou tratamento de complicações respiratórias (por exemplo: hiperinsuflação, atelectasia ou aumento do trabalho respiratório), à eliminação de secreções broncopulmonares e à manutenção da expansão pulmonar, promovendo a ventilação e perfusão ideais (Cordeiro & Leite, 2012).

Relativamente à necessidade de assegurar a permeabilidade das vias aéreas, evidenciamos que a respiração do recém-nascido é predominantemente nasal (Cordeiro & Leite, 2012) tornando-se fundamental a sua desobstrução, uma vez que esta pode ser suficiente para o desenvolvimento de um quadro de dificuldade

respiratória. Procedeu-se assim à lavagem nasal com soro fisiológico, sobretudo antes da alimentação, assim como à desobstrução rinofaríngea retrógrada, tal como preconizado por Cordeiro e Leite (2012), verificando-se que a última demonstrou ser mais eficaz na desobstrução nasal.

No que respeita à drenagem postural, esta permite a mobilização das secreções brônquicas utilizando a força da gravidade para facilitar a sua drenagem (Heitor *et al.*, 1985). Esta foi utilizada sobretudo em lactentes.

Estas intervenções devem ser coadjuvadas com a ingestão hídrica e de alimentos adequada (polifraccionada), uma vez que a literatura refere que fatores como a inflamação, o processo de reparação pulmonar, a polipneia e o esforço respiratório conduzem ao aumento do metabolismo da criança (Silva, Silva, Santos & Silveira, 2012; Baraldi *et al.*, 2014) e, por outro lado, uma hidratação adequada promove a fluidificação das secreções facilitando a sua mobilização (Gronkiewicz & Coover, 2011).

Outras intervenções implementadas dizem respeito ao posicionamento da criança, em especial em lactentes, como a elevação da cabeceira a 30º e o posicionamento da cabeça com ligeira extensão cervical (Castro *et al.*, 2009). Estas medidas traduzem-se em vantagens mecânicas na ventilação, uma vez que através da elevação da cabeceira produzimos uma menor pressão dos órgãos na cavidade abdominal sobre o diafragma e uma maior inclinação do plano costal (consequentemente, maior eficácia no movimento inspiratório) (Heitor *et al.*, 1985). Por sua vez a ligeira extensão cervical, permite diminuir a possibilidade de obstrução e colapso das vias aéreas superiores motivada pelo pequeno diâmetro destas e pelo seu reduzido suporte estrutural nos lactentes (Cordeiro & Leite, 2012).

Em relação à tosse, em crianças em idade pré-escolar, é difícil obter uma tosse dirigida, pelo que jogos de soprar podem ser eficazes na mobilização de secreções e também na produção de uma tosse espontânea (Silva *et al.*, 2012). Assim sendo, foram desenvolvidos jogos como soprar bolas de sabão ou soprar através de uma palhinha colocada num copo com água e sabão. Também as *guidelines* produzidas pelo *Royal Brompton Hospital* (Balfour-Lynn, 2014), no que se refere às manobras de limpeza das vias aéreas, preconizam os jogos de sopro em crianças com idades compreendidas entre os 3 a 7 anos. Relativamente ao sopro através de uma palhinha colocada num

copo de água, estas *guidelines* (Balfour-Lynn, 2014) sublinham que a água oferece resistência à expiração, criando uma pressão expiratória positiva e oscilação nas vias aéreas, mobilizando secreções. Além destas estratégias, utilizaram-se as cócegas para estimular o riso, tendo obtido bons resultados na mobilização de secreções e estimulação do reflexo da tosse (estes jogos também foram desenvolvidos com outros fins, que serão desenvolvidos mais à frente). No lactente, para desencadear a tosse e torná-la mais eficaz produziu-se uma compressão a nível abdominal (Heitor *et al.*, 1985). Recorreu-se também à compressão da traqueia, sobre a fúrcula esternal, com o indicador ou polegar, durante a expiração (Castro *et al.*, 2009). Esta técnica não foi utilizada com frequência dado o risco de bradicardia (Silva *et al.*, 2012).

A aspiração de secreções foi uma técnica pouco usada. A mesma foi realizada em lactentes pela quantidade de secreções presentes.

Relativamente aos exercícios de reeducação funcional respiratória salienta-se que, em crianças de idade escolar, foi possível iniciá-los encontrando primeiro uma posição de conforto e relaxamento, pedindo a consciencialização da respiração e a dissociação dos tempos respiratórios. Posteriormente foram desenvolvidos exercícios de reeducação abdomino-diafragmática e costal, seletivos e globais. Mais uma vez o jogo foi introduzido, valorizando-se os jogos de sopro que permitiam inspirações profundas e expirações lentas e prolongadas, favorecendo a expansão pulmonar. Transformaram-se os exercícios em jogos estimulando a participação da criança (Wong, 1999), de forma a atingir o objetivo terapêutico. O brincar permitiu facilitar a aprendizagem relativamente a um exercício e, simultaneamente promover a cooperação da criança (Soares & Zamberlan, 2001). Por outro lado, recorrendo à família ou ao boneco significativo foi possível produzir a abertura costal seletiva e global enquanto a criança tentava alcançar o mesmo.

Estas estratégias permitiram a diminuição da frequência respiratória e dos sinais de dificuldade respiratória (não imediatamente após a sessão, mas a curto prazo), assim como a diminuição de ruídos adventícios.

2.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Para a aquisição desta competência foi definido o seguinte objetivo:

- Desenvolver competências de EEER que permitam intervenções individualizadas, como o treino de AVDs, utilizando produtos de apoio, ensinando e supervisionando a utilização dos mesmos, com vista à máxima capacidade funcional da pessoa, promovendo o autocuidado.

Os cuidados de ER prestados à pessoa no domicílio, de acordo com Mumma e Nelson (2000) e Orem (2001) têm como objetivo promover a autonomia e a reintegração na comunidade. Desta forma, ao longo do ensino clínico, existiu a preocupação de capacitar a criança/pessoa/família para as atividades de autocuidado, de forma a sentir-se mais competente, independente e autoconfiante (Pereira *et al.*, 2011), capaz de ser agente do seu autocuidado. Verificámos que as pessoas idosas valorizavam a capacidade de realizar sozinhas determinadas atividades como andar, cuidados de higiene pessoal e banho, e transferências, pelo que, viam no EEER um profissional (agente terapêutico de autocuidado) capaz de as ajudar a adquirir essas capacidades.

No que concerne aos cuidados de higiene pessoal e banho, foi dado ênfase às capacidades da pessoa nas várias tarefas do banho, incluindo a preparação do ambiente, a organização do material necessário para a sua realização. Foi também treinado a transferência para a banheira ou cadeira de banho, lavar e secar o corpo, pentear-se e barbear-se.

Foi realizado treino de vestir/despir a metade superior e inferior do corpo, calçar/descalçar as meias e os sapatos. Na escolha da roupa a pessoa idosa esteve sempre envolvida e foi motivada para arranjar-se. As características do vestuário, sempre que possível, foram adaptadas às suas capacidades, no sentido de promover a autoestima mas, sobretudo autonomia da pessoa, utilizando roupa/calçado com elásticos, velcros, fechos-éclair ou botões grandes (Menoita, 2012a).

Alguns dos produtos de apoio²³ sugeridos foram relacionados com os cuidados de higiene como cadeiras giratórias e tábuas antiderrapantes para a banheira, aplicação de suportes nas casas de banho, e com o vestuário, nomeadamente, utilização de calçadeiras de cabo longo. Consideramos que estes podem ser indispensáveis na promoção da gestão da doença/condição apresentada pela pessoa com vista à sua adaptação e máxima capacidade funcional, sendo o ensino e supervisão sobre a sua utilização uma competência do EEER (Regulamento n.º125/2011, 2011).

A segurança do ambiente é imprescindível (Carinhas *et al.*, 2013), pelo que houve a necessidade de eliminar alguns obstáculos como tapetes e sugerir a reorganização da disposição de alguns móveis de forma a aumentar o espaço de circulação. Além disso, foram dadas orientações no sentido de assegurar uma adequada iluminação do mesmo e, a utilizar calçado fechado com bom apoio e com solas antiderrapantes, essenciais para garantir a segurança e evitar quedas. Foram definidos pontos de repouso de forma a assegurar à pessoa idosa que poderia parar para descansar sempre que sentisse cansaço, estimulando assim a sua confiança e evitando a fadiga.

Na criança/família com alteração da função sensório-motora foi realizado treino de atividades de autocuidado e avaliada a necessidade de incluir produtos de apoio, para melhor adaptação à sua condição. Importa destacar que o significado e o impacto da incapacidade varia de acordo com a individualidade de cada criança (Jackson, 2011), pelo que os problemas vividos que comprometem o seu desenvolvimento e atividades de autocuidado, também variam. Como referido anteriormente, intervimos maioritariamente junto de crianças com hemiplegia ou hemiparesia.

A alimentação destas crianças é precedida da avaliação da deglutição e da existência de lesão do VII par craniano – facial. Quando verificado hemiparesia deste par craniano, foi realizado ensino aos pais sobre a importância de colocar a comida na metade menos afetada da boca, oferecer alimentos com uma consistência adequada - evitando sólidos se existir algum compromisso na mastigação -, e observar a não retenção de alimentos na boca. Por outro lado, incidiu-se também no correto posicionamento da criança sentada, com uma superfície de trabalho/mesa com altura

²³ De acordo com o Decreto-Lei n.º 93/2009 de 16 de Abril, consistem em “qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação” (p.2276).

adequada e com alinhamento do membro superior afetado sobre a mesa, quando esta já o consegue fazer.

Os cuidados de higiene e banho, quer no chuveiro como no banho de imersão, traduziam-se numa atividade à qual foi dada grande importância e, em algumas situações, foi um momento privilegiado na produção de um grau de relaxamento muscular que permitia o aumento da amplitude articular durante a mobilização. Também constituíam um momento importante de estimulação da sensibilidade e da integração do hemicorpo afetado. Neste sentido, foram nomeadas todas as partes do corpo tocadas, foi proporcionada a possibilidade de lavar o hemicorpo afetado e ainda, de usar o membro superior afetado (se força suficiente) para se lavar.

As condições estruturais da casa de banho, no centro especializado de reabilitação, permitiram manter os mesmos hábitos que a criança tinha no domicílio, ou seja, entrada na banheira pelo lado direito ou esquerdo ou ainda, utilização de poliban. A criança foi incentivada a utilizar os seus próprios produtos de higiene, instruída na avaliação da temperatura da água e na higiene oral (dando informações sobre algumas adaptações e produtos de apoio para essa atividade).

O vestir e despir, dependendo do equilíbrio da criança, eram realizados deitado na cama ou sentado com os pés apoiados no chão, tal como preconizado pela OMS (2003). Precocemente foi introduzido o princípio de que o hemicorpo afetado era o primeiro a vestir e o último a despir, assegurando sempre o respeito pelo tempo necessário à criança para executar a atividade e estimulando a mesma a escolher a roupa (Menoita, 2012a). Relativamente ao calçado, foi aconselhada a utilização de calçado que permitisse a estabilização da articulação tibiotársica e que mantivesse estabilidade na marcha. Em algumas crianças, foram realizados treinos para calçar/descalçar e ensino sobre a preferência de calçado que utilizasse velcro ou elásticos em vez de atacadores.

As orientações e treinos tiveram como objetivo promover a adaptação da criança e família à sua condição de forma a viver da melhor forma possível (Hesbeen, 2003). A família foi sempre envolvida, explicando os objetivos dos exercícios e instruindo os mesmos na sua realização, aspetos de extrema importância na promoção da gestão da doença dos seus filhos.

2.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Para o desenvolvimento desta competência foi estabelecido o seguinte objetivo:

- Desenvolver competências de EEER no cuidado à pessoa na elaboração e implementação de programas de treino motor e cardiorespiratório, com vista à maximização da funcionalidade e a adaptação, tendo em consideração o regresso a casa e a integração na comunidade.

Um dos objetivos do EEER consiste na promoção da funcionalidade independentemente da incapacidade da pessoa (Miller, 2007). De acordo com Doran (2011) a adaptação e a manutenção/aumento da capacidade do indivíduo para alcançar a independência funcional têm sido identificadas como uma meta da intervenção do enfermeiro em várias teorias de enfermagem, incluindo na Teoria Geral do Autocuidado de Orem. Também Collière (1999, p.301) dá destaque à funcionalidade afirmando que “quer seja em relação a uma doença, a uma deficiência, ou em relação a uma dificuldade, é necessário precisar a natureza dos problemas encontrados em termos de funcionalidade (...)”. Ainda neste âmbito, de acordo com a autora, os cuidados de enfermagem permitem às pessoas, por um lado, mobilizar tudo aquilo de que ainda são capazes, identificando com as mesmas as forças que lhes permitem ou limitam a realização de uma determinada atividade e, por outro, desenvolver a autonomia (Collière, 1999).

Neste âmbito, as intervenções desenvolvidas em ensino clínico tiveram como objetivo principal desenvolver atividades que permitissem maximizar a capacidade funcional das pessoas, permitindo um melhor desempenho motor e cardio-respiratório, dando também ênfase à promoção da saúde (Regulamento n.º125/2011, 2011).

Foi realizado treino de fortalecimento muscular e de equilíbrio verificando-se ganhos que permitiram maximizar a função motora melhorando a autoestima da pessoa, diminuindo o risco de isolamento social e, conseqüentemente, promovendo o seu bem-estar e a sua participação social.

Por outro lado, tendo em consideração algumas alterações biológicas decorrentes do processo de envelhecimento que podem interferir negativamente no desempenho

motor e cardiorrespiratório, considerámos essencial melhorar a tolerância ao esforço e a capacidade para realizar as atividades de autocuidado.

Assim foi realizado ensino e treino de técnicas de conservação de energia (como sentar na casa de banho enquanto faz higiene oral e barbear-se), programação das atividades e posições de descanso²⁴ (como a posição de cocheiro em pé). Além disso, foi dado ênfase à consciencialização e controlo da respiração como meio de redução da dispneia e melhoria da ventilação no esforço. Estas estratégias ajudam a melhorar a coordenação e eficácia dos músculos respiratórios, a melhorar a capacidade em controlar a sua respiração, contribui para o relaxamento da musculatura da parte superior do tórax e região escapulo-umeral e, conseqüentemente, produz relaxamento físico e psíquico, essenciais a uma ventilação eficaz (Cordeiro & Menoita, 2012). Assim, ao coordenar as técnicas de respiração em atividades específicas consegue adquirir uma ampla vantagem mecânica dos movimentos musculares durante as atividades essenciais ao autocuidado (Gronkiewicz & Coover, 2011).

Relativamente à criança com alteração da função respiratória, destaca-se a importância dada à família na maximização desta função. Para tal, foram realizados ensinamentos e treinos particularmente sobre realização de terapêutica inalatória por câmara expansora, sinais de dificuldade respiratória (adejo nasal, balanceio da cabeça, tiragem) e lavagem nasal com soro fisiológico.

Destaca-se que o sistema de enfermagem de apoio e educação foi aquele com maior ênfase na prestação de cuidados de ER dirigidos ao aumento ou manutenção da funcionalidade (Orem, 2001). Habel (2011) salienta neste contexto que a educação dá poder à pessoa/família, uma vez que lhes dá os conhecimentos e permite o desenvolvimento de capacidades necessárias para gerirem os seus próprios cuidados, ou seja, permite que a pessoa se apresente como decisor, agente potencial de mudança e gestor da sua saúde (Meleis *et al.*, 2000).

Neste sentido, consideramos que conseguimos desenvolver esta competência através do ensino, instrução e treino de técnicas a implementar para maximizar o desempenho de diferentes funções da pessoa, tendo em conta os seus objetivos, maximizando a funcionalidade e desenvolvendo as capacidades do mesmo para gerir a sua condição,

²⁴ Assumir posições de descanso permite o relaxamento dos músculos acessórios da respiração, cintura escapular, pescoço e membros superiores e facilita a respiração diafragmática (Cordeiro & Menoita, 2012).

perspetivando também o regresso a casa. Tal como afirma Hoeman (2011), os EEER intervêm visando obter o máximo das capacidades funcionais dos seus clientes, assim como, o bem-estar, expresso através de um saber lidar efetivo com as mudanças e alterações na sua vida, prevenindo complicações. Esta última capacidade traduz um componente essencial da gestão da doença/condição, uma vez que a doença crónica deve ser gerida na impossibilidade de ser tratada (Blanchard, 1982).

3. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS

No desenrolar do ensino clínico foram múltiplas as experiências vividas e, consequentemente, várias as atividades desenvolvidas que permitiram a aquisição de competências de EEER e, ao mesmo tempo, evidenciar as respostas das pessoas a estas, ao longo de todo o ciclo de vida²⁵.

No decorrer da intervenção junto dos nossos clientes, procurámos sempre atingir os mais elevados níveis de satisfação dos mesmos. O descrito anteriormente neste relatório exprime o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos individuais das pessoas, assim como, o respeito pela sua autonomia (ao nível da decisão e da execução) no processo de reabilitação. Respeitámos a sua dignidade, nunca reduzindo o mesmo à sua incapacidade ou/e doença e, sabendo que estava desperto para aquilo que é importante para a situação de cuidados (Papathanasiou *et al.*, 2013), sendo valorizada a importância de discutir e analisar as intervenções de ER de forma a construir com a pessoa e sua família um plano adequado às suas necessidades de autocuidado, atribuindo “mais importância ao doente do que à doença” (Hesbeen, 2003, p.51).

Procurámos ajudar as pessoas a alcançar o máximo potencial de saúde, aproveitando as oportunidades para promover estilos de vida saudáveis e fornecer informações geradoras de aprendizagens e de novas capacidades. Deu-se destaque à construção e desenvolvimento de planos de intervenção que permitissem maximizar as capacidades funcionais. Intervimos junto de pessoas com incapacidades visando obter ou manter o máximo das suas capacidades funcionais, proporcionando bem-estar, e promovendo a adaptação às mudanças nas suas vidas (Hoeman, 2011). Para tal, também contribuiu a promoção de medidas que visavam a minimização do impacto da incapacidade na realização de atividades de autocuidado, ensinando e instruindo relativamente a técnicas de conservação de energia, à consciencialização e controlo da respiração e a posições de descanso.

Quanto à prevenção de complicações, identificámos precocemente riscos de alteração/alterações da funcionalidade que impunham limitações e incapacidades. Assim, de forma a capacitar e promover a independência e funcionalidade dos nossos

²⁵ No desenvolvimento deste capítulo aludimos aos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015b).

clientes, recolhemos informação pertinente e utilizámos escalas e instrumentos de medida para avaliar as várias funções do indivíduo que poderiam estar em risco de alteração ou alteradas. Todos os dados e instrumentos forneceram informações importantes sobre a pessoa e o seu ambiente permitindo construir um plano de intervenção de ER capaz de responder às suas necessidades de autocuidado através dos diferentes sistemas de enfermagem (Orem, 2001). Tanto a intervenção descrita junto da pessoa idosa com alterações decorrentes da imobilidade como na criança com alteração do foro sensório-motor e respiratório ilustram estas afirmações.

As intervenções por nós desenvolvidas pretendiam também maximizar o bem-estar das pessoas e “suplementar/complementar” (OE, 2015b) as atividades de autocuidado relativamente às quais se verificavam alterações. Assim, tivemos como foco a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, através da promoção do autocuidado e da maximização das suas capacidades. Sidani (2011) destaca o autocuidado enquanto foco e resultado dos cuidados de enfermagem no *continuum* temporal, nos vários contextos de cuidados. O autor refere ainda o autocuidado enquanto elemento crítico na efetiva promoção da saúde e no sucesso da gestão da doença aguda e crónica (Sidani, 2011). Neste sentido, identificando o mais rapidamente possível os problemas reais ou potenciais, planeámos intervenções para otimizar ou reeducar as funções dos mesmos com vista à promoção da autonomia e da qualidade de vida. Hoeman (2011) afirma que os EEER são peritos na capacitação dos seus clientes para o autocuidado de forma a, em última análise, mesmo totalmente dependentes no autocuidado, se tornem capazes de orientar os outros na forma como querem que o cuidado seja providenciado indo ao encontro das suas necessidades e preferências. Foi imbuído por este espírito que foram desenvolvidas intervenções com vista à resolução de problemas - como através da seleção e prescrição de produtos de apoio - e alívio de sintomas com impacto na funcionalidade dos nossos clientes. Considerámos que a prestação de cuidados de ER, ancorada na promoção do autocuidado, capacitou os clientes para a monitorização e reconhecimento de alterações na funcionalidade, permitindo a autonomia na escolha e implementação de estratégias adequadas para a gestão dessas alterações (Sidani, 2011), ou seja, capacitando-os no que diz respeito à gestão da doença/condição.

Relativamente à readaptação funcional, em conjunto com a pessoa desenvolvemos processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde identificados. Neste âmbito, começamos por destacar que a nossa prática de cuidados em ensino clínico no contexto comunitário e hospitalar fez emergir a importância da articulação de cuidados entre ambos, com vista à melhoria dos cuidados prestados e, sobretudo, à sua continuidade. Foram planeadas e implementadas intervenções de ER para o regresso a casa e sua a readaptação, otimizando os recursos existentes de forma a maximizar as capacidades funcionais das pessoas. Para tal, foram envolvidos tanto o cliente como os familiares no ensino e treino para a prestação de cuidados e também foi prestado apoio de natureza informativa e educativa para o autocuidado (Orem, 2001), com vista à recuperação e adaptação funcional da pessoa e dos seus familiares ao seu contexto de vida (CEER, 2010). Deu-se particular importância à família durante a intervenção tanto na pessoa idosa como na criança com alteração da função sensório-motora e respiratória. Importa não entender a família apenas como recurso para a pessoa dependente mas também como alvo de cuidados. Destaca-se ainda a intervenção junto dos pais das crianças cuidadas, utilizando sobretudo o sistema de enfermagem de apoio e educação, enquanto agentes de cuidado dependente (Orem, 2001). Foram realizados ensinamentos, instruções e treinos relativamente aos défices de autocuidado identificados, apoiando e orientando nas modificações necessárias ao papel parental e antecipando as necessidades de cuidados no domicílio. Valorizou-se ainda o suporte escrito como forma de complementar as orientações orais, assegurando que a informação transmitida fosse interpretada corretamente. A família além de facilitar o processo de transição vivido (Meleis *et al.*, 2000) tem um papel importante na reintegração social e na gestão da doença (Carvalhido & Pontes, 2009). De destacar que, de acordo com a CEER (2010), os ganhos em saúde, associados aos cuidados de ER, têm maior expressão tanto no êxito na adaptação e manutenção funcional das pessoas à sua nova condição, como agindo de modo antecipatório na resolução de problemas, tendo o familiar cuidador um papel decisivo.

Por outro lado, em conjunto com a pessoa desenvolvemos processos de reeducação funcional com vista à sua reintegração e participação na sociedade e à promoção da qualidade de vida, demonstradas, com grande ênfase, na intervenção junto da criança com alteração da funcionalidade. Para tal, foi necessário a identificação das necessidades específicas da criança e dos fatores inibidores e facilitadores para a

realização de atividades de autocuidado de forma independente. Além disso, implicou também a conceção de planos com o objetivo realista de promover a maximização das capacidades funcionais a nível sensório-motor e respiratório. Na criança, foi evidente a importância do brincar na reeducação da função alterada. Recorrendo a brinquedos, ao jogo, ao boneco significativo, à música, e ao desenho foi mais fácil avaliar as suas capacidades e, simultaneamente, melhorar a adesão na realização de exercícios e atividades terapêuticas.

Após a apresentação das principais atividades para o desenvolvimento de competências de EEER, importa também salientar as limitações e dificuldades percebidas na implementação do projeto. A principal limitação está relacionada com a população que seria o nosso foco no projeto. Esta mostrou não ser a mais prevalente durante a realização do ensino clínico, no entanto, consideramos que tal não impediu o desenvolvimento das competências técnicas, científicas e relacionais (avaliação dos orientadores dos locais de ensino clínico – Anexo VI), preconizadas pela OE para o EEER.

4. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

O ensino clínico foi rico em experiências e oportunidades de desenvolvimento de competências de ER. Pretendia-se desenvolver não só as competências comuns previstas pela OE para os enfermeiros especialistas, como principalmente, as competências específicas de ER, o que foi amplamente conseguido.

O percurso que fizemos, durante o qual intervimos junto de pessoas que enfrentavam processos de transição decorrentes do próprio desenvolvimento, de eventos inesperados e de saúde/doença, permitiu desenvolver essas competências preconizadas pela OE. Fomos capazes de dar resposta às suas necessidades através de um processo que passou pela avaliação da funcionalidade ou do risco de alteração da mesma, pelo diagnóstico de alterações que determinavam limitações da atividade e incapacidades e também, através da identificação de fatores facilitadores e inibidores para a realização, de forma autónoma, das atividades de autocuidado. Além disso, as atividades desenvolvidas permitiram-nos a elaboração e a implementação de programas específicos de treino de AVDs com vista à adaptação à nova situação vivida, à promoção da autonomia e da qualidade de vida, promovendo também a gestão da doença. Para tal, foi primordial o ensino e treino da pessoa e sua família no âmbito do autocuidado, recorrendo também à seleção e prescrição de produtos de apoio.

Consideramos que este relatório deixa transparecer o princípio de que o cliente dos EEER exige respostas centradas no próprio e orientadas para as suas potencialidades e não apenas para as suas incapacidades.

Neste sentido, no cuidado à criança, o EEER deve avaliar as particularidades associadas à faixa etária da criança, de forma a complementar a avaliação da suas capacidades e limitações, incluir as suas preferências e, assim desenvolver intervenções personalizadas, envolvendo a família e utilizando como principal estratégia o brincar terapêutico. Relativamente a este, apesar de na nossa prática o brincar já constituir uma ferramenta de estabelecimento de relação e diminuidor dos estressores do internamento, após este percurso verificámos ainda mais o seu potencial na intervenção do EEER no cuidado à criança.

Procurámos demonstrar o caminho percorrido e documentar os resultados obtidos através da intervenção de ER à criança, pessoa idosa e sua família. Esses resultados demonstram que perseguimos os mais elevados níveis de satisfação dos clientes, ajudámo-los a alcançarem o máximo potencial de saúde, prevenimos complicações, maximizámos o seu bem-estar, desenvolvemos conjuntamente processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde vividos e de reeducação funcional tendo em vista a qualidade de vida e a reintegração e participação na sociedade, tal como, preconizado nos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (2015b). Destacamos ainda que, em Ensino Clínico, fomos ao encontro do preconizado pela OE para o EEER e prestámos cuidados a pessoas “com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida” (Regulamento n.º125/2011, 2011, p.8658).

Como contributos para o nosso contexto profissional destacamos as ferramentas e instrumentos que irão melhorar a avaliação da funcionalidade da criança e os conhecimentos que permitirão conceber e implementar planos de intervenção com vista à promoção das capacidades adaptativas, à otimização e reeducação das várias funções, e ao treino de AVDs. Além disso, procuraremos ser um elemento de referência na equipa de enfermagem e multiprofissional relativamente à manutenção e promoção do bem-estar da criança, assim como, na recuperação da funcionalidade, através da promoção do autocuidado.

No que respeita às perspetivas de trabalho futuro, atendendo à controvérsia sobre a reeducação funcional respiratória em crianças com diagnóstico médico de bronquiolite aguda, tencionamos estudar e divulgar a eficácia da mesma na melhoria da função respiratória destas crianças e, sobrevalorizar a sua aplicação no contexto onde desenvolvemos a nossa prática.

Finalmente terminamos corroborando com a perspetiva de Hesbeen (2003) para destacar que os EEER são especialistas do pormenor, das pequenas coisas, que são de grande importância para a pessoa, que demonstram o conhecimento e interesse pela mesma, e simultaneamente, permitem ao EEER maximizar as suas potencialidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Accurso, F. (2007). Update in cystic fibrosis 2006. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175, 75-77.

Alves, R. (2013). *Relatório de Estágio*. (Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Alzheimer Portugal (2015). *O que é a demência*. Acedido em: 29-10-2015. Disponível em: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-32-18-o-que-e-a-demencia>.

Amaro, S. (2012). *A enfermagem de reabilitação na promoção da autonomia da pessoa com mobilidade reduzida decorrente de acidente vascular cerebral e seu cuidador no contexto domiciliário*. (Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem de Reabilitação). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

Association of Rehabilitation Nurses (2015). *The pediatric rehabilitation nurse: role description*. Chicago: Association of Rehabilitation Nurses. Acedido em: 18-12-2015. Disponível em:

http://www.rehabnurse.org/uploads/files/uploads/The_Pediatric_Rehabilitation_Nurse.pdf

Balfour-Lynn, I. (2014). *Clinical Guidelines: Care of children with cystic fibrosis* (6th Ed.). London: Royal Brompton & Harefield NHS Foundation Trust. Acedido em: 18-12-2015. Disponível em: <http://www.rbht.nhs.uk/childrencf>

Baraldi, E., Lanari, M, Manzoni, P., Rossi, G., Vandini, S., Rimini, A. ... Paravati, F. (2014). Inter-society consensus document on treatment and prevention of bronchiolitis in newborns and infants. *Italian Journal of Pediatrics*, 40 (65), 1-13.

Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 119-129.

- Barcelos, M. (2004). Glossário. In M. Neves & S. Pacheco (Coords.). *Para uma Ética da Enfermagem* (567-578). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Bastos, F. (2013). *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. (Doutoramento em Enfermagem). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto.
- Behrman, R., Kliegman, R. & Jenson, H. (2003). *Fundamentos de Nelson Tratado de Pediatria* (16ª Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bell, K. (1994). Relação da reabilitação com a inatividade. In F. Kottke & J. Lehmann (Coords.). *Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen* (pp.1105-1122). São Paulo: Manole.
- Blanchard, E. (1982). Behavioural medicine: Past, present and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 795-796.
- Boeck, K., Vermeulen, F., Vreys, M., Moens, M. & Proesmans, M. (2008). Airway clearance techniques to treat acute respiratory disorders in previously healthy children: where is the evidence?. *European Journal of Pediatrics*, 167, 607-612.
- Borella, M. & Sacchelli, T. (2009). Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. *Revista de Neurociências*, 17(2), 161-169.
- Borgman-Gainer, M. (2000). Função Independente: movimento e mobilidade. In S. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo* (2ª Ed.) (pp.251-297). Loures: Lusociência.
- Bousquet, J. & Khaltayev, N. (2008). *Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas: uma abordagem integradora*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Boylan, L. & Buchanan, L. (2011). Reabilitação de base comunitária. In S. Hoeman (Coord). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª Ed.) (pp.187-200). Loures: Lusodidacta.
- Brillhart, B., Heard, L. & Kruse, B. (2001). Rehabilitation Nursing in Home care. *Rehabilitation Nursing*, 26 (5), 177-191.

Buchanan, L. (2000). Modelos teóricos para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. In S. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo* (2ª Ed.) (pp.127-144). Loures: Lusociência.

Cabete, D. (2011). *Autonomy and Empowerment of Hospitalised Older People: A Portuguese Case Study*. Doctoral thesis, Northumbria University.

Campos, M., Padilha, J. & Oliveira, M. (2012). A família prestadora de cuidados: uma revisão da literatura. *Sinais Vitais*, 101, 27-32.

Cardol, M., Jong, B. & Ward, C. (2002). On autonomy and participation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 24 (18), 970-974.

Carinhas, M., Eusébio, A., Carvalho, L., Lopes, T. & Braga, R. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Carnicia, M., Black, T., Farrel, J., Waites, K., Wirt, S. & Lutz, B. (2014). The essential role of the rehabilitation nurse in facilitating care transitions: a white paper by the Association of Rehabilitation Nurses. *Rehabilitation Nursing*, 39, 3-15.

Carvalhido, T. & Pontes, M. (2009). Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 140-150.

Castro, A., Silva, S. & Palhau, L. (2009). Cinesiterapia respiratória na bronquiolite aguda. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 17 (1), 33-38.

Charepe, Z. & Figueiredo, M. (2011). Família e criança com doença crónica: percursos transformativos e colaborativos. *Nursing*, A.23, 276, 2-8.

Chiang, L., Ma, W., Huang, J., Tseng, L. & Hsueh, K. (2009). Effect of relaxation-breathing training on anxiety and asthma signs/symptoms of children with moderate-to-severe asthma: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1061-1070.

Chiavenato, I. (2004). *Gestão de Pessoas*. Rio de Janeiro: Elsevier.

- Choi, J. (2013). Improving discharge education using pictographs. *Rehabilitation Nursing*, 38, 240-246.
- Collière, M.F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M.F. (2003). *Cuidar a primeira arte da vida* (2ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2010). Enfermagem de Reabilitação e cuidados continuados: consolidação de premissas antigas ou um novo desafio?. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 33, 22-27.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Contim, D., Chaud, M. & Fonseca, A. (2005). As questões familiares e a criança e o adolescente com doença crónica: um estudo de revisão bibliográfica. *Revista Nursing edição brasileira*, 8 (85), 267-271.
- Cordeiro, M. & Leite, T. (2010). Reeducação funcional respiratória em Pediatria. In M. Cordeiro & E. Menoita (Coords). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas* (pp.321-352). Loures: Lusociência.
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2012). Reeducação funcional respiratória. In M. Cordeiro & E. Menoita (Coords). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas* (pp.61-115). Loures: Lusociência.
- Cordeiro, M., Mateus, D., Menoita, E., Rocha, B., Marques, P., Rocha, S., Baião, R. (2012). Treino de exercício na pessoa com patologia respiratória crónica. In M. Cordeiro & E. Menoita (Coords). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas* (pp.117-143). Loures: Lusociência.
- Costa, J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. *Millenium – Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 30, 234-251.
- Costa, T. (2012). *Significados que a pessoa idosa atribui à sua dependência no autocuidado*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Creasy, K., Lutz, B., Young, M. & Stacciarini, J. (2015). Clinical implications of family-centered care in stroke rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*, 40, 349-359.

Decreto-Lei n.º93/2009 de 16 de Abril (2009). Cria o enquadramento específico para o Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio – SAPA. Diário da República I Série, N.º 74 (16-04-2009) 2275-2277.

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República II Série, N.º 28 (10-02-2015) 3882-(2)-3882-(10).

Dinis, A. (2004). Aproximação à Gestão da Doença em Portugal. In *2ª Conferência Internacional de Gestão da Doença e Qualidade em Saúde*, Caparica, Jan. 2002 (p.66-70).

Diogo, P. (2000). Necessidades de apoio dos familiares que acompanham a criança com doença oncológica no internamento. *Pensar Enfermagem*, 4 (1), 12-24.

Direcção-Geral da Saúde (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Doran, D. (2011). Functional Status. In D. Doran (Ed.). *Nursing outcomes: the state of the science* (2nd Ed.) (pp.29-78). Sudbury: Jones & Bartlett Learning, cop.

Elbasan, B., Tunali, N., Duzgun, I. & Ozcelik, U. (2012). Effects of chest physiotherapy and aerobic exercise training on physical fitness in young children with cystic fibrosis. *Italian Journal of Pediatrics*, 38 (2), 1-5.

Farrell, P. (2008). The prevalence of cystic fibrosis in the European Union. *Journal of Cystic Fibrosis*, 7, 450-453.

Frederico, M. (2001). Integração Profissional. *Sinais Vitais*, 37, 33-36.

Freitas, E. (2002). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabará Koogan, cop.

Gaballah, M., Storm, P., Rabinowitz, D., Ichord, R., Hurst, R., Krishnamurthy, G. ... Cahill, A. (2014). Intraoperative cerebral angiography in arteriovenous malformation resection in children: a single institutional experience. *Journal of Neurosurgery Pediatrics*, 13, 222–228.

Galvão, M., Janeiro, J. (2013). O Autocuidado em Enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17 (1), 225-230.

Gândara, M. (2004). Dilemas éticos e processo de decisão. In M. Neves & S. Pacheco (Coords.). *Para uma Ética da Enfermagem* (pp.403-416). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Global Initiative for Asthma (2015). *Global strategy for asthma management and prevention*. Disponível em:

http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2015_May19.pdf

Gouveia, B., Jardim, H., Martins, M., Gouveia, E., Freitas, D., Maia, J. & Rose, D. (2015). An evaluation of a nurse-led rehabilitation programme (the ProBalance Programme) to improve balance and reduce fall risk of community-dwelling older people: a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 1-8.

Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *American Journal of Nursing*, 106 (1), 58-67.

Gronkiewicz, C. & Coover, L. (2011). Reabilitação respiratória e pulmonar. In S. Hoeman (Coord). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª Ed.) (pp.319-350). Loures: Lusodidacta.

Guerra, J. (2004). Obstáculos à Introdução da Gestão da Doença no Serviço Nacional de Saúde. In *2ª Conferência Internacional de Gestão da Doença e Qualidade em Saúde*, Caparica, Jan. 2002 (p.192-199).

Guerreiro, M. (2012). Terapêutica não farmacológica da demência. In A. Castro Caldas & A. Mendonça (Coords). *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.

- Habel, M. (2011). Educação do doente e da família orientada para resultados. In S. Hoeman (Coord). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª Ed.) (pp.61-72). Loures: Lusodidacta.
- Hauer, K., Schwenk, M., Zieschang, T., Essig, M., Becker, C. & Oster, P. (2012). Physical training improves motor performance in people with dementia: a randomized controlled trial. *Journal of American Geriatric Society*, 60, 8-15.
- Heitor, M., Tapadinhas, M., Ferreira, J., Olazabal, M. & Maia, M. (1985). *Reeducação Funcional Respiratória*. Lisboa: Boehringer.
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Camarate: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). História, controvérsias e tendências. In S. Hoeman (Coord). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª Ed.) (pp.1-14). Loures: Lusodidacta.
- Hoeman, S, Liszner, K & Alverzo, J. (2011). Mobilidade funcional nas actividades de vida diária. In S. Hoeman (Coord). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª Ed.) (pp.209-270). Loures: Lusodidacta.
- International Council of Nursing (2005). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem. Versão 2*. Santa Maria da Feira: Lusodidacta.
- Jackson, D. (2011). Enfermagem de Reabilitação Pediátrica. In S. Hoeman (Coord). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª Ed.) (pp.671-694). Loures: Lusodidacta.
- Jackson, P. (2002). The primary care provider and children with chronic conditions. In P. Jackson & J. Vessey (Coords). *Primary Care of the Child with a Chronic Condition*. (2nd Ed.) (pp.3-15). St. Louis: Mosby.
- Joo, L., Yin, T., Xu, D., Thia, E., Chia, P., Kuah, C. & He, K. (2010). A feasibility study using interactive commercial off-the-shelf computer gaming in upper limb rehabilitation in patients after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42, 437-441.
- Kelly-Hayes, M. & Phipps, M. (2011). Avaliação da função e medidas de resultados. In S. Hoeman (Coord). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª Ed.) (pp.177-186). Loures: Lusodidacta.

- Kim, O. & Kim, J. (2015). Falls and use of assistive devices in stroke patients with hemiparesis: association with balance ability and fall efficacy. *Rehabilitation Nursing*, 40, 267-274.
- Larsen, P. (2006). Chronicity. In I. Lubkin & P. Larsen. *Chronic illness: impact and interventions* (6th ed.) (pp.3-22). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Larson, J., Johnson, J. & Angst, D. (2000). Função respiratória e Reabilitação Pulmonar. In S. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo* (2^a Ed.) (pp. 393-431). Loures: Lusociência.
- Leite, N., Cunha, S. & Tavares, M. (2011). Empowerment das famílias de crianças dependentes de tecnologia: desafios conceptuais e a educação crítico-reflexiva freireana. *Revista Enfermagem UERJ*, 19 (1), 152-156.
- Lemos, S., Gamboa, F. & Pinheiro, J. (2010). Fibrose quística na Região Centro de Portugal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41 (1), 11-15.
- Lima, A. (2014). *A reabilitação e a independência funcional do doente sujeito a imobilidade*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Lima, E., Lima, W., Nobre, A., Santos, A., Brito, L. & Costa, M. (2008). Treinamento muscular inspiratório e exercícios respiratórios em crianças asmáticas. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34 (8), 552-558.
- Louro, M. (2012). Cuidados familiares: que necessidades?. *Sinais Vitais*, 102, 41-44.
- McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Menoita, E. (2012a). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

- Menoita, E. (2012b). Reabilitação respiratória na pessoa idosa. In M. Cordeiro & E. Menoita (Coords). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas* (pp.317-320). Loures: Lusociência.
- Menoita, E., Costa, R., Matias, A. & Cordeiro, M. (2012). Asma. In M. Cordeiro & E. Menoita (Coords). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas* (pp.277-293). Loures: Lusociência.
- Miller, E. (2007). Being proactive in shaping the future of rehabilitation nursing. *Rehabilitation Nursing*, 32 (6), 224.
- Moita, A., Nunes, C., Silva, I., Soveral, M., Potra, T. (2007). Nota de Alta/Transferência de Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 11 (2), 12-24.
- Mumma, C. & Nelson, A. (2000). Modelos teóricos para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. In S. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo* (2ª Ed.) (pp. 23-36). Loures: Lusociência.
- Nathenson, P. (2012). Application of Holistic Nursing in the rehabilitation setting. *Rehabilitation Nursing*, 37 (3), 114-118.
- Newcomb, P. (2006). Results of an Asthma Disease Management Program in an Urban Pediatric Community Clinic. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 11 (3), 178-188.
- Nolte, E. & Pitchforth, E. (2014). What we know: a brief review of the evidence of approaches to chronic care. In E. Nolte, C. Knai & R. Saltman (Eds.). *Assessing chronic disease management in European health systems* (p.9-22). Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Áreas de Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Core de Indicadores por Categorias de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6th ed.). St. Louis: Mosby, Inc..

Organização Mundial de Saúde (2003). *Promovendo a qualidade de vida após acidente vascular cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária de saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Organização Mundial de Saúde (2004). *CIF: Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Oswald, W., Gunzelmann, T. & Ackermann, A. (2007) Effects of a multimodal activation program (SimA-P) in residents of nursing homes. *European Review of Aging and Physical Activity*, 4, 91-102.

Papathanasiou, L., Sklavou, M. & Kourkouta, L. (2013). Holistic nursing care: theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*, 2 (1), 1-5.

Pearson, M., Craig, J. (2004). Prática baseada na evidência em enfermagem. In J. Craig & R. Smyth (Eds.). *Prática baseada na evidência – manual para enfermeiros* (pp.3-21). Loures: Lusociência.

Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M. & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*, 267, 8-15.

Pereira, H. (2006). Subitamente cuidadores informais: da incerteza ao(s) ponto(s) de equilíbrio. *Pensar Enfermagem*, 10 (2), 19-31.

Phipps, W., Sands, J. & Marek, J. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. (6^a ed.). Loures: Lusociência.

Pierce, L. (2006). Rehabilitation Nurses working as collaborative research teams. *Rehabilitation Nursing*, 30 (4), 132-139.

Pinho, A. (2012). *Efeitos de um programa de reabilitação cognitiva em pessoas com demência em contexto hospitalar*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Pires, M. (2000). Eliminação e continência vesical. In S. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo* (2^a Ed.) (pp. 453-487). Loures: Lusociência.

Pitkala, K., Savikko, N., Poysti, M., Strandberg, T. & Laakkonen, M. (2013). Efficacy of physical exercise intervention on mobility and physical functioning in older people with dementia: a systematic review. *Experimental Gerontology*, 48, 85-93.

Pryor, J. (2011). Lidar com o cliente e a família. In S. Hoeman (Coord). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª Ed.) (pp.469-497). Loures: Lusodidacta.

Radwanski, M. (2011). Enfermagem de Reabilitação Gerontológica. In S. Hoeman (Coord). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª Ed.) (pp.695-714). Loures: Lusodidacta.

Regulamento n.º122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamenta as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, N.º35 (18-02-2011) 8648-8653.

Regulamento n.º125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamenta as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8658-8659.

Regulamento n.º350/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamenta os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série, N.º 119 (22-06-2015) 16655-16660.

Reix, P., Aubert, F., Werck-Gallois, M., Toutain, A., Mazzocchi, C. & Moreux, N. ... (2012). Exercise with incorporated expiratory manoeuvres was as effective as breathing techniques for airway clearance in children with cystic fibrosis: a randomised crossover trial. *Journal of Physiotherapy*, 58, 241-247.

Ricci-Balich, J. & Behm, J. (2000). Enfermagem de Reabilitação Pediátrica. In S. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo* (2ª Ed.) (pp.719-742). Loures: Lusociência.

Rolland, Y., Pillard, F., Klapouszczak, A., Reynish, E., Thomas, D., Andrieu, S. ... Vellas, B. (2007). Exercise program for nursing home residents with alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. *Journal of American Geriatric Society*, 55, 158-165.

- Roqué i Figuls, M., Giné-Garriga, M., Granados Rugeles, C., Perrotta, C. & Vilaró, J. (2016). Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2. DOI: 10.1002/14651858.CD004873.pub5
- Salem, Y., Gropack, S., Coffin, D. & Godwin, E. (2012). Effectiveness of a low-cost virtual reality system for children with developmental delay: a preliminary randomised single-blind controlled trial. *Physiotherapy*, 98, 189-195.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Sidani, S. (2011). Self-care. In D. Doran (Ed.). *Nursing outcomes: the state of the science* (2nd Ed.) (pp.79-130). Sudbury: Jones & Bartlett Learning, cop.
- Silva, J., Silva, N., Santos, V. & Silveira, T. (2012). O enfermeiro especialista em reabilitação no acompanhamento da criança em ventilação domiciliária. *Salutis Scientia Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 4, 14-25.
- Skjøth-Rasmussen, J., Obbekjaer, T., Birkeland, P., Hauerberg, J. & Juhler, M. (2012). Multimodality treatment approach in children with cerebral arteriovenous malformation—a survey in the Danish population. *Child's Nervous System*, 28, 587–592.
- Soares, M. & Zamberlan, M. (2001). A inclusão do brincar na hospitalização infantil. *Revista Estudos de Psicologia*, 18 (2), 64-69.
- Sweet, L., Polivka, B., Chaudry, R. & Bouton, P. (2013). The impact of an urban home-based intervention program on asthma outcomes in children. *Public Health Nursing*, 31 (3), 243-252.
- Taylor, S. (2004). Teoria do Défice de Auto-cuidado de Enfermagem. In A. Tomey & M. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (5^a ed.) (pp. 211-235). Loures: Lusociência.
- Teles de Araújo, A. (2016). *11º Relatório: Prevenir as doenças respiratórias, acompanhar e reabilitar os doentes*. Lisboa: Observatório Nacional das Doenças Respiratórias.

- Tones, K. & Tilford, S. (1994). *Health education: Effectiveness, efficiency and equity*. London: Champman & Hall.
- Veríssimo, C. & Moreira, I. (2004). Os cuidadores familiares/informais. *Pensar Enfermagem*, 8 (1), 60-65.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Wong, D. (1999). *Whaley & Wong enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva* (5ª Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- World Health Organization (2009). *Self-care in context of primary health care*. Bangkok: WHO Regional Office for South-East Asia.
- World Health Organization (2012). *Dementia: a public health priority*. United Kingdom: WHO Library.
- Yousefian, O., Ballantyne, A., Doo, A. & Trauner, D. (2015). Clock Drawing in children with perinatal stroke. *Pediatric Neurology*, 52, 592-598.

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Formação

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na gestão da doença
respiratória crónica na criança/família**

Tiago Jorge Dias da Silva

2015



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na gestão da doença
respiratória crónica na criança/família**

Tiago Jorge Dias da Silva

Orientadora: Professora Maria do Céu Sá

2015



LISTA DE SIGLAS

CFTR – Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator;

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros;

DGS – Direcção-Geral da Saúde;

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados;

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;

FEV1 – Volume expiratório máximo no primeiro segundo;

GARD – Global Alliance against Chronic Respiratory Disease;

GINA – Global Initiative for Asthma;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

PEF – Pico de fluxo expiratório.

ÍNDICE

SUMÁRIO	2
1. DEFINIÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA	4
1.1 Identificação do Projeto	4
1.2 Pertinência e Justificação da Escolha do Tema	4
1.3 Enquadramento Teórico	7
1.3.1 A doença respiratória na criança/família e sua gestão	7
1.3.2 O cuidado de enfermagem de reabilitação à criança com doença respiratória crónica	11
1.3.3 Contributos da investigação	15
2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	18
2.1 Problema Geral	18
2.2 Problemas parcelares	18
3. PREPARAÇÃO E PLANEAMENTO DO PROJETO	19
3.1 Apresentação e fundamentação das instituições envolvidas	19
3.2 Objetivos	20
3.3 Planeamento das atividades	21
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
APÊNDICES	
Apêndice I - Cronograma	
Apêndice II – Guião Entrevista ECCI	
Apêndice III – Guião Entrevista Serviço de Internamento de Pediatria	
Apêndice IV – Objetivos específicos e planeamento de atividades a desenvolver	

SUMÁRIO

O presente projeto surge no âmbito da unidade curricular Opção II do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Pretende-se com este projeto de formação a construção de uma linha orientadora que conduza ao desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), ao longo do período de ensino clínico.

O projeto permite, além do envolvimento ativo do estudante na sua aprendizagem, a construção de saberes que harmonizem a teoria com a prática vivenciada. Assim, fomenta-se a interação entre a ação e a reflexão para que surjam novas aprendizagens e se desenvolvam novas competências. Este método assenta num processo de autoformação que parte das necessidades sentidas tanto a nível pessoal como profissional.

Assim, o presente projeto apresentará o planeamento das atividades a desenvolver em estágio com vista à resolução do problema principal a tratar e, além disso, permitirá o desenvolvimento de competências específicas em Enfermagem de Reabilitação.

A problemática que será aprofundada parte da minha prática quotidiana de cuidados num serviço de internamento de pediatria, no qual me confronto com diversos internamentos causados por situações de agudização de doença crónica respiratória. Sabe-se que em 2013, em Portugal, mais de 40% dos internamentos por asma foram crianças ou jovens (Teles de Araújo, 2015). Nas doenças crónicas respiratórias, como em qualquer doença crónica, os esforços de autocuidado são decisivos na gestão da mesma. Assim, o desenvolvimento de estratégias e intervenções que permitam uma ação terapêutica, de controlo e preventiva, deve também ser uma preocupação do EEER, com vista à autogestão e à autonomia da criança/família. O EEER capacita a criança/família relativamente ao controlo dos sintomas respiratórios diminuindo as situações de agudização/internamento e, consequentemente diminui os episódios de afastamento da criança com doença respiratória crónica da interação/brincadeira com outras crianças.

Desta forma, este projeto emerge da problemática relacionada com a *Intervenção do EEER na gestão da doença respiratória crónica na criança/família*.

O EEER é o profissional capacitado para construir um plano de enfermagem de reabilitação onde está incluída uma componente educacional e de reeducação funcional respiratória que permitem alcançar a autonomia na satisfação das necessidades de autocuidado, em particular na autogestão da doença.

Esta linha de pensamento vai ao encontro da Teoria Geral do Autocuidado de Orem (2001), que se apresenta como referencial teórico para a prática que será desenvolvida junto da criança e família com doença crónica respiratória. Enfatiza-se o sistema de apoio e educação no fornecimento de autocuidado à criança e família, no âmbito da autogestão da doença crónica respiratória.

Assim, como objetivo geral deste projeto pretende-se desenvolver competências de EEER, em particular na gestão da doença respiratória crónica na criança/família.

Do ponto de vista da organização do projeto, este é composto por quatro capítulos. No primeiro, é definida a área temática, sendo que se começa por identificar o projeto e apontar a sua pertinência e justificação da escolha do tema para o mesmo. Este capítulo termina com o enquadramento teórico e com a apresentação de alguns trabalhos de investigação sobre este tema. O segundo capítulo consiste na definição do problema, no qual são apresentados o problema geral e os parcelares. O terceiro capítulo diz respeito à preparação e planeamento do trabalho. Neste capítulo são apresentadas as instituições envolvidas, assim como a fundamentação da sua escolha. Além disso, são apresentados os objetivos específicos e o planeamento das atividades. No quarto e último capítulo são tecidas algumas considerações finais decorrentes deste projeto de formação.

1. DEFINIÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA

1.1 Identificação do Projeto

O presente projeto de formação intitula-se *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na gestão da doença respiratória crónica na criança/família*. Foram escolhidas as seguintes palavras-chave de forma a caracterizar o âmbito do projeto:

- Enfermagem de Reabilitação; Intervenção; Gestão; Doença respiratória crónica; Criança (*Rehabilitation Nursing; Intervention; Management; Chronic Respiratory Disease; Child*).

A duração prevista deste projeto é de dezoito semanas, com início a 28 de Setembro de 2015 (Apêndice I). O mesmo será desenvolvido em duas instituições diferentes, sendo que se aguarda a autorização para um período de observação numa terceira instituição. As mesmas serão apresentadas adiante neste projeto.

1.2 Pertinência e Justificação da Escolha do Tema

A reabilitação em doença crónica deve ser entendida enquanto um processo educacional e de resolução de problemas (Wade, 2005, citado por Pryor, O'Reilly, Bonser e Garret, 2014). Esta afirmação, além de reveladora do espírito que norteia o EEER no cuidado especializado à pessoa com doença crónica, serviu de pedra basilar no entendimento da problemática que me proponho estudar.

A doença crónica continua a apresentar uma prevalência importante, associada a níveis elevados de morbilidade na população pediátrica (Charepe e Figueiredo, 2011). As mais prevalentes na infância e adolescência são a epilepsia, a doença cardíaca congénita, a diabetes, a **asma**, os eczemas e as cáries (Barros, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2014), em 2012 a doença crónica respiratória foi responsável por 4 milhões de mortes no Mundo, nas quais se inclui a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica, correspondendo a 10,7% das mortes por doenças não transmissíveis. Em Portugal, o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (Direcção-Geral da Saúde, 2012) identifica como patologias

respiratórias mais importantes, quer pela sua prevalência quer pelo nível de diferenciação de cuidados que necessitam, a asma, a doença pulmonar obstrutiva crónica, a síndrome de apneia do sono, a hipertensão pulmonar, as doenças do interstício pulmonar e a fibrose quística. Este programa nacional destaca ainda que, no mundo centenas de milhões de pessoas sofrem destas doenças, sendo que 300 milhões sofrem de Asma.

Cerca de 40% da população portuguesa sofre de alguma doença respiratória crónica, calculando-se uma prevalência de 10% para a asma (DGS, 2012). Importa ainda referir que, a prevalência da asma é mais elevada na população infantil e juvenil, constituindo uma causa frequente de internamento hospitalar (DGS, 2012), sendo que em 2013, 43,2% dos internamentos por asma foram crianças/jovens (Teles de Araújo, 2015).

A OMS através da *Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases* (Aliança Global contra as Doenças Respiratórias Crónicas – GARD) aponta a asma e a rinite como as doenças crónicas respiratórias mais frequentes na criança (Bousquet e Khaltsev, 2008). O relatório do mesmo grupo afirma que a asma é responsável por um elevado absentismo escolar que pode conduzir ao insucesso e, além disso, pode privar as crianças da interação social.

Por outro lado, sabe-se que em Portugal, a prevalência média da asma atingirá mais de 11,0% da população no grupo etário dos 6-7 anos e 11,8% no grupo etário dos 13-14 anos de idade, estimando-se que o número total de pessoas com asma ativa possa ultrapassar os 600 000 (DGS, 2012). A Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2012), no Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, cita o Jornal Oficial da União Europeia de 2 de Dezembro de 2011, para referir que as doenças respiratórias crónicas são as doenças não transmissíveis mais frequentes nas crianças. Este programa destaca ainda como patologias prioritárias de intervenção a asma e a fibrose quística, entre outras.

Os dados epidemiológicos apresentados permitem o entendimento da dimensão do problema de saúde que a doença respiratória crónica na criança representa, com maior relevo para a asma e para a fibrose quística. Assim, destaca-se a componente social da pertinência deste trabalho.

De acordo com estas evidências, é necessário conjugar esforços no sentido de sistematizar uma intervenção de enfermagem de reabilitação que responda às necessidades de autocuidado da criança/família²⁶. Desta forma, importa salientar a importância da intervenção do EEER na promoção de um melhor desempenho respiratório destas crianças que potencie o seu rendimento e desenvolvimento. De fato, o EEER destaca-se pelo seu perfil de competências específicas que lhe permite cuidar, capacitar e maximizar as capacidades das pessoas com deficiência, limitação da atividade ou com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, e em todos os contextos da prática de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Assim, compete ao EEER, inserido numa equipa multidisciplinar, construir um plano de enfermagem de reabilitação adaptado à criança/família que, além de incluir as suas preocupações e experiências anteriores, inclua também uma componente educacional (que permita fornecer informações sobre a doença; que vise e monitorize a adesão à terapêutica; que promova a autogestão da doença; e que melhore a qualidade de vida da criança/família) e de reeducação funcional respiratória (com ação terapêutica, de controlo e preventiva) que permita alcançar a autonomia na satisfação das necessidades de autocuidado, em particular na autogestão da doença.

É evidente a importância do autocuidado na gestão da doença crónica respiratória, pelo que a Teoria Geral do Autocuidado de Orem serve de modelo norteador à intervenção do EEER neste projeto. Assim, relativamente às crianças, ainda incapazes de se autocuidar, o EEER intervém junto dos pais no sentido de proporcionar a quantidade e a qualidade de cuidados necessários (Orem, 2001).

Desta forma, salienta-se a componente académica da pertinência deste trabalho, onde a sistematização das intervenções do EEER junto da criança/família permitirá a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação que vão ao encontro das necessidades de autocuidado que estas apresentam.

Ao exercermos a atividade profissional num serviço de internamento de pediatria médica confrontamo-nos frequentemente com crianças/famílias com doença crónica

²⁶ Neste trabalho o cliente de enfermagem consiste na díade criança/jovem e família, que ao longo do mesmo será identificado como “criança/família”. No entanto, com o intuito de respeitar os autores citados ao longo deste projeto, expressões como “cliente”, “pessoa”, “doente” poderão surgir de forma a manter-me fiel aos mesmos.

respiratória em situações de agudização. Verificam-se défices no autocuidado originados por uma incapacidade em fazer um controlo individual da patologia, respondendo aos sinais e sintomas de alarme através de um plano de ação terapêutico. Assim, os EEER podem delinear programas de gestão de asma na criança, por exemplo, visando o ensino sobre a identificação de sintomas de agudização, sobre os efeitos da terapêutica inalatória e a técnica de administração da mesma, com resultados muito positivos na diminuição dos internamentos destas crianças assim como dos episódios de ida ao serviço de urgência (Newcomb, 2006; Sweet, Chaudry e Bouton, 2013). Podem ainda associar nos seus programas técnicas de relaxamento e de fortalecimento da musculatura respiratória, com resultados na diminuição da ansiedade sentida por estas crianças/famílias e na melhoria da resistência muscular respiratória (Chiang, Ma, Huang, Tseng e Hsueh, 2009; Lima, Lima, Nobre, Santos, Brito e Costa, 2008). Assim, a implementação deste projeto permitirá a aquisição de competências específicas que terão um impacto nos cuidados de enfermagem prestados a estas crianças/famílias.

Relativamente à componente pessoal, a doença crónica respiratória na criança/família trata-se de uma problemática de interesse individual essencial para manter a motivação ao longo do desenvolvimento deste trabalho e estágio que culminará com a produção de um relatório, defesa pública e em novos projetos profissionais.

1.3 Enquadramento Teórico

1.3.1 A doença respiratória crónica na criança/família e sua gestão

A doença crónica na criança/jovem pode ser definida como aquela que apresenta no imediato ou num período de tempo mais alargado uma ou mais das seguintes consequências: limitação na função esperada para a idade e estágio de desenvolvimento; necessidade de medicação habitual ou dieta específica como forma de controlo da doença ou com vista à funcionalidade esperada; dependência de tecnologia médica; necessidade de mais serviços/cuidados de saúde do que o habitual para uma criança na mesma idade; tratamentos específicos em casa ou na escola (Jackson, 2002). Segundo Wong (1999), a criança vivencia a doença crónica

ou a incapacidade de acordo com o seu estágio de desenvolvimento, mecanismos de adaptação e das reações dos outros membros da família.

A família surge como fonte primária de prestação/transmissão de cuidados de saúde, sendo que é no seu seio que são tomadas decisões sobre a promoção de saúde e a prevenção da doença. Destaca-se ainda que existe uma reciprocidade entre a dinâmica familiar e a evolução do problema de saúde, consequência das interações familiares que são estabelecidas em situações de *stress*, resultado do problema de saúde (Charepe e Figueiredo, 2011). O significado que os pais atribuem à doença crónica relaciona-se com determinadas características da própria doença, nomeadamente, a gravidade e funcionalidade, a visibilidade, a evolução, o início, a etiologia, a raridade e o tratamento (Barros, 2003). Da mesma forma, o grau de incapacidade associada à doença constitui outro fator importante nessa construção. Importa salientar que, de acordo com Charepe e Figueiredo (2011), existe um conjunto de estádios de reação dos pais ao diagnóstico de uma doença crónica, sendo eles, o choque²⁷; o ajustamento²⁸; a reintegração e aceitação²⁹. Assim, as necessidades das famílias são múltiplas e diferentes, não só quando é revelado o diagnóstico de doença crónica mas em todo o seu processo.

A família tem um papel fundamental no processo de gestão da doença efetuado com a criança com vista à capacitação. A sua concretização é impulsionada pelos recursos adaptativos da família, ou seja, é possível identificar um conjunto de recursos e estratégias que permitem resolver as crises com sucesso (Diogo, 2000), nomeadamente: experiências anteriores da família; a sua coesão, adaptabilidade e flexibilidade; a capacidade para utilizar os seus recursos internos e externos; a capacidade para desenvolver e manter uma rede social; e, finalmente, a qualidade do padrão comunicacional.

Independentemente da doença ou incapacidade, cada criança tem uma determinada tarefa de desenvolvimento que permite uma transição psicossocial ou cognitiva para o estágio de desenvolvimento seguinte (Larsen, 2006). A doença crónica pode ter

²⁷ Pais questionam-se sobre o porquê de ter acontecido e como poderiam ter alterado a situação.

²⁸ Caracterizado por: reconhecimento da doença crónica, reações que vão desde a tristeza crónica à aceitação gradual (superproteção; rejeição; negação); período de luto (sentimentos de culpa; autoacusação).

²⁹ Implicam uma reintegração social, ocorre a aceitação total. A família aumenta os relacionamentos fora do sistema familiar. A criança é vista como membro participante e aceite na sociedade.

um impacto negativo na independência e autocontrolo associados ao desenvolvimento, traduzindo-se num aumento da dependência e na incapacidade de desenvolver as tarefas de autossuficiência (Larsen, 2006). No entanto, apesar da doença crónica poder complicar a realização de uma tarefa de desenvolvimento não se traduz sempre num distúrbio no desenvolvimento ou numa incapacidade permanente.

No grupo das doenças crónicas respiratórias, a mais frequente e a que implica um tratamento mais diferenciado, são a asma e a fibrose quística. A asma é definida pela *Global Initiative for Asthma* (GINA) como “*uma doença heterogénea, habitualmente caracterizada pela inflamação crónica das vias aéreas. É definida através da história de sintomas como pieira, dispneia, aperto torácico e tosse que varia ao longo do tempo e intensidade, associado a limitação variável do fluxo expiratório.*” (GINA, 2015, p.2).

As exacerbações estão associadas à hiper-reactividade das vias aéreas, ou seja, um aumento da resposta inflamatória das estruturas brônquicas, com aumento da produção de muco e da permeabilidade vascular, conduzindo à obstrução progressiva e à hiperinsuflação (Cordeiro e Menoita, 2012). Vários são os fatores contribuem para tal, nomeadamente o exercício, exposição a fatores alergénios ou irritantes, mudanças atmosféricas, ou infeções respiratórias virais (GINA, 2015). Destaca-se ainda a reversibilidade associada às exacerbações, nas quais se verifica, após a inalação de um beta-agonista de ação rápida, melhoria no volume expiratório máximo no primeiro segundo (FEV1) e no pico de fluxo expiratório (PEF) (Cordeiro e Menoita, 2012).

Por sua vez, a fibrose quística consiste numa doença hereditária provocada por mutações ocorridas no gene que codifica a *Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator* (CFTR) localizado no braço longo do cromossoma 7 (Wong, 1999; Accurso, 2007). Trata-se de uma doença autossómica recessiva, sendo a mutação mais frequente a F508del, e afeta os órgãos que expressam CFTR, nomeadamente, as glândulas sudoríparas e salivares, canais deferentes, trato biliar, intestino, pâncreas e vias aéreas (Lemos, Gamboa e Pinheiro, 2010). Os mesmos autores referem que a nível respiratório esta doença caracteriza-se pela obstrução das vias aéreas, dado a produção (em grande quantidade) e retenção de secreções

espessas e viscosas com hiperinsuflação, constituindo o meio ideal para a infeção bacteriana. Verifica-se também uma excessiva resposta inflamatória, acompanhada por um decréscimo progressivo na função pulmonar. Segundo Tecklin (2002), as complicações respiratórias mais frequentes são a atelectasia, bronquiectasias, pneumotórax, hemoptise e hipertensão pulmonar. Também se observa desnutrição pelo comprometimento do pâncreas, fígado e vias biliares. A insuficiência pancreática predispõe para a obstrução intestinal (Phipps, Sands e Marek, 2003). Verifica-se também comprometimento da fertilidade.

Assim, a necessidade de gerir a doença crónica surge das próprias características desta, nomeadamente, o facto de a sua evolução ser passível de ser autocontrolada pela criança/família (Dinis, 2004). O conceito de gestão de doença sofreu uma evolução, pelo que, atualmente, Nolte e Pitchforth (2014) referindo-se ao *Population Health Alliance*, afirmam que esta consiste num sistema de intervenções e de comunicações coordenadas de cuidados de saúde com vista a populações com condições de saúde nas quais esforços de autocuidado são significativos.

A gestão da doença comporta as seguintes abordagens estruturadas (Guerra, 2004): apoios ao plano de cuidados e à relação médico-cliente; ênfase na prevenção de exacerbações e complicações, utilizando *guidelines* práticas baseadas na evidência e estratégias de *empowerment* dos doentes; e, finalmente, avaliações de resultados clínicos, humanísticos e económicos, numa base contínua e com o objetivo de melhorar a saúde global.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) (2010) destaca que existem estratégias de gestão efetivas e que podem ser comparadas entre doenças crónicas. Tal significa que é necessário promover a sobreposição das semelhanças às diferenças, não olhando para a doença de forma isolada mas para a criança/família, incluindo as repercussões sentidas na vida familiar e escolar.

É possível identificar três domínios relativamente aos quais os pais terão de desenvolver tarefas no que respeita à gestão da doença crónica (Charepe e Figueiredo, 2011), nomeadamente no domínio cognitivo - diz respeito à aprendizagem sobre a doença/incapacidade, sua origem e evolução; tratamentos; gestão diária; e recursos – no domínio comportamental - relacionado com o

autocuidado da criança e com a gestão dos cuidados e tratamentos - no domínio emocional - associado à integração das alterações provocadas pela doença e à promoção da resiliência.

1.3.2 O cuidado de enfermagem de reabilitação à criança/família com doença respiratória crónica

O CIE (2010) enuncia algumas competências exigidas aos enfermeiros especialistas na prevenção e gestão da doença crónica, nomeadamente, respeitar o direito à informação, escolha e autodeterminação; demonstrar integridade profissional e ética, em resposta a estratégias de *marketing*, na prescrição de intervenções e produtos; reconhecer oportunidades para disponibilizar orientações/ensinos com vista à adoção de atividades de prevenção de doença e manutenção de estilos de vida saudáveis; selecionar estratégias de ensino apropriadas; cooperação com outros profissionais e entidades na comunidade na prevenção da doença e na promoção de estilos de vida e ambientes saudáveis, na área de especialidade; incorporação na prática de cuidados dos determinantes de saúde.

De acrescentar ainda que os enfermeiros apresentam-se como os profissionais particularmente aptos no facultar de informações, na educação, na continuidade de cuidados, na adesão à terapêutica a longo prazo e na prática colaborativa (CIE, 2010), essenciais na prestação de cuidados à criança/família com doença crónica.

No que diz respeito à reabilitação respiratória, segundo Remsburg e Carson (2006), esta inclui gestão de terapêutica inalatória, treino de competências de *coping*, e reeducação no esforço. Por sua vez, Rochester (1996), afirma que a reabilitação respiratória terá como objetivo geral facilitar a transição de um patamar funcional mais baixo para outro superior. Tal significa reduzir ou eliminar a dependência de ventilação mecânica, assim como melhorar a capacidade para a realização de exercício físico e atividades de vida diária, e assim melhorar a qualidade de vida. Ou seja, implica a redução dos sintomas respiratórios, diminuição de situações de ansiedade e depressão e redução dos dias de internamento (Hodgkin, 1996).

Assim, pelo que tem sido exposto, na criança/família com doença respiratória crónica, o programa de reabilitação terá dois principais componentes, por um lado, educação para a saúde, e por outro, reeducação funcional respiratória.

Relativamente à educação para a saúde, Cordeiro e Menoita (2012) enumeram alguns determinantes da adesão ao plano terapêutico, agrupados em duas categorias, relacionados com os fármacos (regimes terapêuticos complicados e dificuldade na utilização dos inaladores; desagrado com a medicação e custos; ações acessórias dos fármacos) e não relacionados com os fármacos (falta de informação e não compreensão das instruções; expectativas em relação aos resultados frustradas; falta de supervisão, de treino e de seguimento, e deficiente relação profissional-cliente; deficiente valorização da gravidade da situação).

Posto isto, a componente de educação para a saúde do programa de reabilitação respiratória deve ir ao encontro destes determinantes, assegurando que a criança toma a terapêutica corretamente, que os pais são capazes de reconhecer sinais de agudização da doença e que, simultaneamente, são capazes de tomar as medidas necessárias para evitar a mesma, ou que procuram a ajuda profissional necessária. Especificamente na asma importa que os pais sejam capazes de compreender as diferenças entre o alívio imediato da exacerbação e o tratamento preventivo, assim como evitar fatores desencadeantes e monitorizar o estado da asma analisando, se possível o PFE.

Importa assegurar que a informação é transmitida de modo a que seja interpretada de forma adequada, ou seja, o discurso deve ser estruturado, com indicações simples e precisas. Além disso, também é importante recorrer a um suporte escrito e ao treino de estratégias como forma de complementar o discurso (Charepe e Figueiredo, 2011).

No que diz respeito à reeducação funcional respiratória, é essencial salientar que dado ser aplicada a crianças, existem especificidades (Cordeiro e Menoita, 2012), nomeadamente, a forma como é aplicada – passiva ou ativa de acordo com a colaboração da criança – e recorrendo ao brincar – ludoterapia.

Desta forma, percebe-se a necessidade do EEER ser capaz de estabelecer uma relação de confiança com a criança, conhecer as suas especificidades, de adaptar a

execução dos exercícios aos brinquedos da mesma e assim, adequar o plano desenhado ao estágio de desenvolvimento da criança (Cordeiro e Menoita, 2012). De acordo com Heitor, Tapadinhas, Ferreira, Olazabal e Maia (1985) os objetivos da reeducação funcional respiratória passam pela prevenção e tratamento precoce dos defeitos posturais na criança e correção de assinergias e defeitos ventilatórios; pela adoção de medidas facilitadoras da eliminação das secreções; pelo exercício físico geral e reeducação no esforço; pela aquisição de controlo da respiração preparando para fazer face a uma exacerbação; pelos exercícios de reeducação abdominodiafragmáticos e costais seletivos/globais e pelo treino de posições de descanso e relaxamento.

Salienta-se que a reeducação funcional respiratória na criança com asma na fase de crise deve ajudá-la a adotar posições de descanso e relaxamento. Apesar de a estimulação de uma fase expiratória mais prolongada ser crucial, não se deve modificar o ritmo respiratório, nem forçar as manobras para eliminar secreções, uma vez que pode agravar o broncospasmo (Heitor *et al.*, 1985). É na fase intercrise que se deverá dar ênfase à educação e treino, incluindo o reconhecimento dos sinais e sintomas de início de uma crise e demonstração de estratégias (posições de relaxamento, respiração de lábios semi-cerrados, correta técnica de inalação e uso correto do *peak flow*).

Dado a importância do autocuidado na gestão da doença crónica respiratória, opta-se neste trabalho por adotar como referencial teórico da intervenção do EEER a Teoria Geral do Autocuidado de Orem (2001). Esta teoria de enfermagem é composta por três outras teorias relacionadas, nomeadamente, a teoria do autocuidado (que descreve o como e porquê das pessoas cuidarem de si próprias); a teoria do défice de autocuidado (descreve e explica porque razão as pessoas podem ser ajudadas pelos enfermeiros); e, finalmente, a teoria dos sistemas de enfermagem (descreve e explica as relações criadas para que se produza enfermagem) (Taylor, 2004).

Na teoria dos sistemas de enfermagem, as crianças, por se encontrarem em etapas iniciais de desenvolvimento físico, psicológico e psicossocial, são incapazes de se autocuidar, pelo que o enfermeiro intervém quando os pais ou responsáveis não são capazes de proporcionar a quantidade e a qualidade de cuidado necessário, na

relação de agência de cuidado dependente (Orem, 2001). A autora apresenta o conceito de cuidado dependente, o qual pode ser definido como o cuidado individual de regulação e de desenvolvimento, prestado de forma contínua por um adulto responsável a uma criança ou a uma pessoa com incapacidade, formando um sistema de cuidado dependente (Orem, 2001).

Orem (2001) descreveu requisitos de autocuidado que expressam os resultados pretendidos ou desejados, ou seja, os objetivos do autocuidado, e classificou-os em três categorias, sendo elas: requisitos universais (objetivos universalmente necessários de atingir através do autocuidado, relacionados por exemplo com ingestão de alimentos e água ou com o equilíbrio entre atividade e descanso), de desenvolvimento (promovem os processos de vida necessários ao crescimento e maturação da pessoa e previnem o aparecimento de condições adversas nos vários momentos do ciclo de vida) e de desvios de saúde (relacionados com a doença ou incapacidade, podendo conduzir a situações de dependência) (Taylor, 2004).

Relativamente à teoria do défice de autocuidado, esta constitui a justificação para a intervenção do enfermeiro que pode ser sistematizada segundo os seguintes métodos: *atuar por/fazer por; orientar e dirigir; fornecer apoio físico ou psicológico; proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal; e ensinar.*

Finalmente, em consequência dos défices de autocuidado apresentados, surge a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que visa o cuidado à pessoa com diferentes graus de dependência e a promoção do autocuidado. Assim, Orem (2001) apresenta três sistemas de fornecimento de autocuidado, nomeadamente, sistema totalmente compensatório; sistema parcialmente compensatório; e, finalmente, sistema de apoio e educação.

Importa que o enfermeiro tenha conhecimento das exigências provocadas pela doença respiratória crónica (desvio de saúde) na criança/família, de forma a satisfazê-las, e ainda perceber a interferência da mesma nos requisitos universais (por exemplo, ingestão de ar ou equilíbrio entre atividade e repouso). Importa ainda não esquecer que a patologia crónica terá impacto no que respeita aos requisitos de desenvolvimento do autocuidado. Destaca-se que, provavelmente, o sistema de

enfermagem de apoio e educação será aquele com maior ênfase na prestação de cuidados de enfermagem dirigidos à autogestão da doença crónica respiratória pela criança/família, capacitando os pais/cuidador enquanto agente de autocuidado.

1.3.3 Contributos da Investigação

Newcomb (2006) desenvolveu um estudo para avaliar um programa de gestão de asma. Participaram neste estudo 120 crianças com diagnóstico de asma (79 terminaram o programa), com idades compreendidas entre 1,6 e 16 anos de idade. A intervenção do enfermeiro apresentava várias componentes, nomeadamente, numa visita inicial eram colhidos dados sobre a história da criança, realizada uma avaliação física e ensinados relativamente à doença, à gestão de sintomas, aos efeitos da medicação e à técnica inalatória. Se as crianças colaborassem era realizada uma espirometria na primeira visita e na última. Ainda na primeira visita, o plano de tratamento era negociado com as famílias e revisto a cada visita subsequente. As crianças estavam medicadas com um anti-inflamatório inalado de manutenção. Cada família recebeu um plano de tratamento escrito no fim de cada visita que incluía intervenções farmacológicas e ambientais. Nas visitas subseqüentes era realizado reforço dos ensinados realizados. O contacto telefónico entre o enfermeiro e a família era mantido como foram de monitorizar a frequência dos sintomas no intervalo das visitas domiciliárias. Como resultados, verificou-se uma diminuição dos internamentos relacionados com agudização da asma em 85% e uma diminuição de 87% das idas ao serviço de urgência. No final do programa os pais referiram estar satisfeitos com o mesmo, acrescentando sentirem-se mais capazes de gerir os sintomas da doença em casa. A investigadora acrescenta ainda que o plano terapêutico escrito demonstrou ser importante na adesão ao programa.

Também Sweet *et al.* (2013) num trabalho semelhante avaliaram os resultados de um programa de gestão da asma na criança/família dirigido por enfermeiros especialistas. O programa incorporava ensino sobre a administração de terapêutica inalatória, o reconhecimento de sinais e sintomas de agudização e a redução da exposição a fatores alérgicos na casa da criança. Após a implementação deste programa verificou-se uma redução nos sintomas diurnos e noturnos de asma, nos

dias de ausência à escola, nas idas ao serviço de urgência, assim como, uma diminuição no uso de broncodilatadores. Também os internamentos foram reduzidos em 50%.

Em ambos os trabalhos apresentados salientam-se os bons resultados da intervenção educacional do enfermeiro na gestão da asma na criança/família, no entanto, destaca-se a inexistência de um grupo de controlo, constituindo uma limitação destes trabalhos.

Corroborando os trabalhos apresentados, Wooler (2001) destaca a importância da intervenção do enfermeiro especificamente no aconselhamento aos pais na compra de dispositivos inalatórios adequados à criança e no ensino, instrução e treino sobre o seu funcionamento, assim como na utilização de técnicas de distração para que a criança colabore na sua execução.

Por sua vez, Chiang *et al.* (2009) investigou a efetividade da combinação das técnicas de relaxamento à autogestão da doença em crianças com asma classificada como moderada a severa. Para isso foram criados dois grupos de 24 crianças (idades entre os 6 e os 14 anos) agrupadas por género, idade e severidade da doença. Ambos os grupos participaram em programas de autogestão de asma, mas o grupo experimental também foi sujeito a trinta minutos de treino de técnicas de relaxamento e foi oferecido um CD com as mesmas para que mantivesse o treino em casa. Foram recolhidos dados sobre o nível de ansiedade, autopercepção do estado de saúde, sinais e sintomas de asma, PEF e necessidade do uso de medicação em situação de urgência, no início da intervenção e no seu final (ao fim de 12 semanas). Os investigadores concluíram que o grupo sujeito à intervenção melhorou todos os indicadores anteriores em comparação com o grupo de controlo, destacando assim a importância das técnicas de relaxamento na gestão da asma.

Por outro lado, Lima *et al.* (2008) pretenderam avaliar o efeito do fortalecimento da musculatura respiratória e de outros exercícios respiratórios na força muscular e no PEF em crianças asmáticas. Para isso realizaram um estudo experimental com 50 crianças asmáticas distribuídas aleatoriamente em dois grupos. O grupo de intervenção, além da consulta médica e do programa educacional, foi sujeito a 2 sessões semanais de 50 minutos, durante sete semanas consecutivas, nas quais

eram realizados exercícios de reeducação diafragmática, de consciencialização da respiração e dissociação dos tempos respiratórios. De seguida era iniciado o fortalecimento da musculatura respiratória utilizando o Threshold® com uma intensidade de 40% da pressão inspiratória máxima. Por sua vez, o grupo de controlo foi apenas submetido à consulta médica e ao programa educacional. Verificou-se um aumento significativo da pressão inspiratória máxima e da pressão expiratória máxima, no grupo sujeito à intervenção, assim como um aumento do PEF. Pelo contrário, no grupo de controlo não se verificou um aumento significativo nas pressões inspiratória ou expiratória máximas. Assim, concluiu-se que o fortalecimento da musculatura respiratória proporcionou uma melhoria na resistência muscular respiratória e do PEF.

Ambos os trabalhos de Chiang *et al.* (2009) e de Lima *et al.* (2008) demonstram os benefícios da associação de técnicas de reeducação funcional respiratória no cuidado à criança e jovem com asma.

Em relação à criança/jovem com fibrose quística, atualmente investiga-se a possibilidade de substituir as manobras de limpeza das vias aéreas por exercício físico composto por movimentos planeados, organizados e repetidos (Elbasan, Tunali, Duzgun, Ozcelik, 2012; Reix *et al.*, 2012). Neste sentido Reix *et al.* (2012) comparou o efeito das manobras de limpeza das vias aéreas *versus* o exercício físico no assegurar da permeabilidade das vias aéreas em 34 crianças/jovens (com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos). O grupo sujeito à intervenção executava um treino dividido em 3 componentes nas quais estava incluindo *jogging*, subida de escadas, bicicleta estática, alongamentos, salto em trampolim e salto enquanto apanha uma bola. No intervalo das 3 componentes do exercício a criança executa expirações rápidas de glote aberta, expirações forçadas e tosse dirigida, com vista à eliminação das secreções. O grupo de controlo por sua vez fazia instilação de soro fisiológico nas narinas seguido do ciclo ativo das técnicas respiratórias, associando compressões no final da expiração e terminando com *huffing* ou tosse. Verificou-se no grupo sujeito à intervenção um aumento de 2% do FEV1, assim como níveis de satisfação superiores quando comparado com o grupo de controlo, suportando a hipótese de substituir as tradicionais manobras de limpeza das vias aéreas pelo exercício físico associado a manobras expiratórias.

2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Definida a área temática e após verificado o estado de arte sobre a mesma surge a necessidade de definir o problema geral deste projeto, assim como problemas parcelares que decorrem do primeiro.

2.1 Problema Geral

O problema geral que emerge neste projeto traduz-se na seguinte questão:

- Qual a intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na gestão da doença respiratória crónica na criança/família?

2.2 Problemas parcelares

A partir do problema geral enunciado é possível definir os seguintes problemas parcelares:

- Quais as necessidades da criança/família com doença respiratória crónica e o seu impacto na participação?
- Quais os instrumentos utilizados pelo EEER na avaliação da criança/família com doença respiratória crónica?
- Quais as intervenções do EEER junto da criança/família em agudização da doença respiratória crónica, em particular na promoção de capacidades e competências de autogestão da doença?

3. PREPARAÇÃO E PLANEAMENTO DO PROJETO

3.1 Apresentação e fundamentação das instituições envolvidas

A escolha dos locais de estágio nos quais este projeto será desenvolvido foi influenciada pelos critérios de qualidade definidos pela ESEL, pelas minhas preferências pessoais e pela disponibilidade das instituições para me receberem.

Assim, prevê-se o desenvolvimento deste projeto de estágio integrando uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), num centro especializado em reabilitação à criança/jovem e num internamento de pediatria.

Dado que este projeto é dirigido à criança e família a integração na ECCI permitirá, provavelmente, o desenvolvimento de competências de enfermeiro de reabilitação no cuidado ao adulto e idoso, devido às características da população que esta abrange. Destaca-se ainda que esta população tem como hospital de referência o mesmo onde exerço funções. Assim, existe também interesse ao nível profissional em desenvolver o estágio integrado nesta equipa, uma vez que permitirá alargar a rede de contactos e conhecer a realidade da comunidade, sendo posteriormente mais fácil mobilizar os seus recursos na minha prática profissional. Aguarda-se oportunidade para a realização de uma entrevista com o enfermeiro chefe e enfermeiro orientador (Apêndice II).

De forma a desenvolver competências na área sensoriomotora e em complemento ao estágio na ECCI, considero vantajoso realizar um período de observação no centro especializado em reabilitação à criança/jovem. Tal prende-se com o fato de este constituir um serviço de referência no país no cuidado à criança com alteração da função motora, sensorial, cognitiva, alimentação e eliminação, além de se destacar no treino específico de atividades de vida diária. Assim, constitui o local de estágio ideal para compreender a intervenção do EEER no cuidado à criança/família com alterações do foro sensório-motor.

Por sua vez, com vista ao desenvolvimento de competências relativamente à reabilitação respiratória na criança, o terceiro estágio decorrerá no internamento de pediatria. Este está vocacionado para a prestação de cuidados de saúde à criança/família com patologia hematológica, neurológica, metabólica e também

Pediatria Geral³⁰. Além disso, nos meses de Inverno, dado a incapacidade de resposta de outros serviços, também recebe crianças com patologia respiratória. Desta forma, além de constituir um serviço altamente especializado no cuidado imediato à criança com alteração da função sensório-motora, também permite o desenvolvimento de competências no cuidado especializado à criança com alteração da função respiratória. Por outro lado, o fato de também se tratar de um serviço de internamento de Pediatria Geral assemelha-se ao meu próprio ambiente profissional. Foi realizada uma visita e reunião neste serviço com a enfermeira chefe e com a enfermeira orientadora (Apêndice III) no dia 15 de Junho. Não se destaca um grupo etário na prevalência de internamentos neste serviço, sendo o método de trabalho utilizado o individual. A enfermeira especialista em reabilitação não presta exclusivamente cuidados especializados, sendo que são privilegiadas as crianças/famílias que beneficiam mais da intervenção de enfermagem de reabilitação na distribuição à enfermeira especialista. O serviço possui um conjunto de documentos que suportam a sua avaliação e intervenção. As crianças internadas neste serviço em breve serão também alvo da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário, não se destacando nenhum outro procedimento uniformizado com vista à continuidade de cuidados/articulação com a comunidade.

3.2 Objetivos

Foram definidos objetivos específicos para os diferentes locais de estágio propostos. Assim, para o estágio integrado na ECCL definiram-se os seguintes:

- Compreender a dinâmica organo-funcional da ECCL e integrar a mesma;
- Diagnosticar alterações/risco de alterações que promovam limitações na atividade da pessoa;
- Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa no domicílio, com vista à maximização da funcionalidade, controlo de sintomas e prevenção de complicações;

³⁰ O serviço apresenta uma lotação de catorze camas, sendo que a sua área de influência é variável dependendo da patologia que a criança apresente, podendo ser o serviço de referência de toda a zona Sul do país, por exemplo. A equipa de enfermagem é constituída por catorze enfermeiros, sendo que destes, seis são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e um é especialista em Enfermagem de Reabilitação.

- Promover a reintegração da pessoa na vida de sociedade.

Relativamente ao estágio no centro especializado em reabilitação à criança/jovem, foi definido o objetivo:

- Compreender a intervenção do EEER no cuidado à criança/família com alterações do foro sensório-motor.

Para o estágio no internamento de pediatria, enumero os objetivos:

- Compreender a dinâmica organo-funcional do serviço e integrar a equipa;
- Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação no cuidado à criança/família hospitalizada neste serviço;
- Desenvolver competências relativamente à reeducação funcional respiratória na criança/família com doença respiratória crónica tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento;
- Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação no cuidado à criança/família com doença respiratória crónica com vista à promoção do autocuidado (autonomia e autogestão);
- Compreender a intervenção do EEER na continuidade dos cuidados à criança com doença respiratória crónica.

3.3 Planeamento das atividades

De forma a assegurar o cumprimento dos objetivos definidos é importante elaborar um plano detalhado. Assim, procurei perspetivar as atividades a desenvolver, assim como os recursos necessários, e definir os indicadores e critérios de avaliação. Também os domínios de competência comuns ao enfermeiro especialista e específicos do EEER são espelhados neste planeamento. Estas informações estão sistematizadas e podem ser consultadas em anexo no Apêndice IV, facilitando a sua compreensão. Também a calendarização das atividades pode ser consultada no Apêndice I através da determinação das datas de início e fim dos objetivos específicos propostos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É indiscutível a importante prevalência da doença respiratória crônica na população pediátrica. De acordo com esta premissa, torna-se necessário sistematizar uma intervenção que maximize a sua capacidade funcional e assim permita um melhor desempenho respiratório que potencie o desenvolvimento da criança.

Posto isto, o EEER destaca-se por apresentar um perfil de competências que lhe permite ir ao encontro desta finalidade, tendo em vista o desenvolvimento de capacidades de autogestão da doença na criança/família. Sweet *et al.* (2013) destaca o enfermeiro especialista como o profissional melhor posicionado para trabalhar com a criança/família na gestão da asma dado os seus conhecimentos sobre a doença e a dinâmica familiar, assim como pela importância que atribui à prevenção da doença. Por sua vez, Wooler (2001) refere que o enfermeiro tem um papel vital no ensino, instrução e treino no reconhecimento de sintomas respiratórios e na ação adequada com vista a evitar um episódio de crise. Já Vincent (2014), referindo-se à intervenção do enfermeiro na reabilitação respiratória, realça a sua importância na prescrição de exercício, na promoção da autogestão da doença respiratória, assim como, na construção e implementação de um programa de reabilitação. Assim, o EEER pode implementar atividades com recurso aos métodos de ajuda apresentados por Orem (2001) na sua teoria.

Desta forma, o desenvolvimento deste projeto traduz-se numa oportunidade de autoformação que implica a aquisição e o desenvolvimento de competências que permitirão atingir os objetivos propostos no mesmo, numa ação refletida em contexto de estágio.

As expectativas relativamente à operacionalização deste projeto prendem-se invariavelmente com o adquirir e desenvolver as competências necessárias para me tornar Especialista em Enfermagem de Reabilitação, sendo que, num campo particular, com uma intervenção altamente diferenciada na gestão da doença respiratória crônica da criança/família. Acredito que o confronto com a realidade possa levantar barreiras, no entanto, fazendo um paralelismo com as competências específicas da Ordem dos Enfermeiros para o EEER, este é perito na orientação para a eliminação das mesmas.

No entanto, segundo Hesbeen (2003), essa perícia desenvolve-se e aperfeiçoa-se, sendo essencial a sensibilidade do EEER na conjugação da dicotomia entre a vontade da pessoa e o potencial concretizável da mesma. Os EEER são “especialistas do pormenor”, das “pequenas coisas” (Hesbeen, 2003, p.85-87). Estes pormenores, que são de grande importância para a pessoa e que demonstram o conhecimento e interesse pela mesma, são os mesmos que permitem ao EEER maximizar as potencialidades da pessoa, enquanto esta encontra o equilíbrio “em situações de provação prolongada” (Hesbeen, 2003, p.88-89). O EEER surge como o profissional que consegue acompanhar e amparar a pessoa neste percurso, nutrindo um “interesse sentido pelo futuro da pessoa” (Hesbeen, 2003, p.XI).

Este projeto de formação perspetiva um percurso em ensino clínico, no entanto, destaca-se que o mesmo se trata de uma antecipação estruturada das atividades que planeio desenvolver e que podem ser reestruturadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Accurso, F. (2007). Update in cystic fibrosis 2006. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 175, 75-757.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentalista*. (2ª ed.), Lisboa: Climepsi.
- Bousquet, J., Khaltaev, N. (2008). Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas: uma abordagem integradora. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Charepe, Z., Figueiredo, M. (2011). Família e criança com doença crónica: percursos transformativos e colaborativos. *Nursing*. A.23, 276, 2-8.
- Chiang, L., Ma, W., Huang, J., Tseng, L., Hsueh, K. (2009). Effect of relaxation-breathing training on anxiety and asthma signs/symptoms of children with moderate-to-severe asthma: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 46, 1061-1070.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cordeiro, M., Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.
- Dinis, A. (2004). Aproximação à Gestão da Doença em Portugal. In *2ª Conferência Internacional de Gestão da Doença e Qualidade em Saúde*, Caparica, Jan. 2002 (p.66-70).
- Diogo, P. (2000). Necessidades de apoio dos familiares que acompanham a criança com doença oncológica no internamento. *Pensar Enfermagem*. 4 (1) 12-24.
- Direcção-Geral da Saúde (2012). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Elbasan, B., Tunali, N., Duzgun, I., Ozcelik, U. (2012). Effects of chest physiotherapy and aerobic exercise training on physical fitness in young children with cystic fibrosis. *Italian Journal of Pediatrics*. 38 (2) 1-5.

Global Initiative For Asthma (updated 2015). Global strategy for asthma management and prevention [em linha]. Disponível em http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2015_May19.pdf

Guerra, J. (2004). Obstáculos à Introdução da Gestão da Doença no Serviço Nacional de Saúde. In *2ª Conferência Internacional de Gestão da Doença e Qualidade em Saúde*, Caparica, Jan. 2002 (p.192-199).

Heitor, M., Tapadinhas, M., Ferreira, J., Olazabal, M., Maia, M. (1985). *Reeducação Funcional Respiratória*. Lisboa: Boehringer.

Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Camarate: Lusociência.

Hodgkin, J. (1996). Benefits of Pulmonary Rehabilitation. In A. Fishman (ed.). *Pulmonary rehabilitation* (p.33-53). New York: Marcel Dekker.

Jackson, P. (2002). The primary care provider and children with chronic conditions. In: P. Jackson & J. Vessey (coords). *Primary Care of the Child with a Chronic Condition*. (2ª ed.) (p.3-15), St. Louis: Mosby.

Larsen, P. (2006). Chronicity. In I. Lubkin & P. Larsen. *Chronic illness: impact and interventions* (6th ed.) (p.3-22), Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Lemos, S., Gamboa, F., Pinheiro, J. (2010). Fibrose quística na Região Centro de Portugal. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 41(1) 11-15.

Lima, E., Lima, W., Nobre, A., Santos, A., Brito, L., Costa, M. (2008). Treinamento muscular inspiratório e exercícios respiratórios em crianças asmáticas. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 34 (8) 552-558.

Newcomb, P. (2006). Results of an Asthma Disease Management Program in an Urban Pediatric Community Clinic. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 11 (3) 178-188.

Nolte, E., Pitchforth, E. (2014). What we know: a brief review of the evidence of approaches to chronic care. In E. Nolte, C. Knai & R. Saltman (eds). *Assessing chronic disease management in European health systems* (p.9-22). Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6th ed.), St. Louis: Mosby, Inc..

Organização Mundial de Saúde (2014). *Global Status Report on Noncommunicable diseases 2014*. Geneva: World Health Organization.

Phipps, W., Sands, J., Marek, J. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. (6^a ed.), Loures: Lusociência.

Pryor, J., O'Reilly, K., Bonser, M., Garret, G. (2014). Rehabilitation for the individual and family. In E. Chang & A. Johnson (eds). *Chronic illness & Disability: Principles for Nursing Practice*. (2nd ed.) (p.183-210). Sydney: Churchill Livingstone.

Regulamento n.º125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série, Nº 35 (18-02-2011) 8658-8659.

Reix, P., Aubert, F., Werck-Gallois, M., Toutain, A., Mazzocchi, C., Moreux, N. ... (2012). Exercise with incorporated expiratory manoeuvres was as effective as breathing techniques for airway clearance in children with cystic fibrosis: a randomised crossover trial. *Journal of Physiotherapy*. 58, 241-247.

Remsburg, R., Carson, B. (2006). Rehabilitation. In I. Lubkin & P. Larsen. *Chronic illness: impact and interventions*. (6th ed.) (p.579-616). Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Rochester, D. (1996). Physiological Basis for Pulmonary Rehabilitation. In A. Fishman (ed.). *Pulmonary rehabilitation* (p.67-96). New York: Marcel Dekker.

Sweet, L., Polivka, B., Chaudry, R., Bouton, P. (2013). The impact of an urban home-based intervention program on asthma outcomes in children. *Public Health Nursing*. 31 (3) 243-252.

Taylor, S. (2004). Teoria do Défice de Auto-cuidado de Enfermagem. In A. Tomey & M. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. (5ª ed.) (p.211-235). Loures: Lusociência.

Tecklin, J. (2002). *Fisioterapia Pediátrica*. (3ª ed.), Porto Alegre: Artmed Editora.

Teles de Araújo, A. (2015). *10º Relatório Panorama das doenças respiratórias em Portugal: Caminhos para o futuro*. Lisboa: Observatório Nacional das Doenças Respiratórias.

Vincent, E. (2014). The role of the nurse in pulmonary rehabilitation. *Nursing Times*. 110 (50) 16-18.

Wong, D. (1999). *Whaley & Wong enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva*. (5ª ed.), Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Wooler, E. (2001). The role of the nurse in paediatric asthma management. *Paediatric Respiratory Reviews*. 2, 76-81.

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma

[illegible]

GUIÃO DE ENTREVISTA ECCI

Este guião de entrevista tem como propósito orientar a entrevista ao Enfermeiro Coordenador (EC) e ao Enfermeiro Orientador (EO).

Objetivos:

- Descrever a ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- Descrever os projetos e recursos envolvidos no acompanhamento das crianças com doença respiratória crónica;
- Conhecer aspetos organizacionais da ECCI.
- Compreender como são organizados os cuidados de enfermagem, especificamente, no que diz respeito à enfermagem de reabilitação;

Questões:

- (EC) Atualmente intervêm junto a quantos utentes/famílias?
- (EC) Qual a área de influência da UCC?
- (EC) Quais as características da população abrangida?
- (EC) Quais os diagnósticos mais prevalentes na intervenção realizada?
- (EC) Qual a composição da equipa?
- (EC) Qual o método de trabalho utilizado? E especificamente em relação ao Enfermeiro Especialista em Reabilitação?
- (EC) Como funciona a equipa de reabilitação no cuidado à criança com doença respiratória crónica?
- (EO) Quais as atividades que o Enfermeiro Especialista em Reabilitação realiza?
- (EO) O Enfermeiro de Reabilitação desempenha exclusivamente cuidados especializados?
- (EO) Que instrumentos são utilizados na prática de cuidados do Enfermeiro de Reabilitação (suporte documental: escalas, planos de intervenção)?
- (EO) Atualmente estão a desenvolver alguma intervenção junto de uma criança/família com doença respiratória crónica.
- (EO) Existem programas de reabilitação que mantenham o acompanhamento da criança no regresso a casa? E existe algum programa específico no âmbito da criança com doença respiratória crónica?

Apêndice III – Guião Entrevista Serviço de Internamento de Pediatria

GUIÃO DE ENTREVISTA SERVIÇO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Este guião de entrevista tem como propósito orientar a entrevista à Sra. Enf.^a Chefe e à Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação do Serviço de Internamento de Pediatria.

Objetivos:

- Descrever a ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação;
- Descrever os projetos e recursos envolvidos no acompanhamento das crianças com doença respiratória crónica;
- Conhecer aspetos organizacionais do serviço.
- Compreender como são organizados os cuidados de enfermagem, especificamente, no que diz respeito à enfermagem de reabilitação.

Questões à Sra. Enfermeira Chefe:

- Qual a lotação do serviço?
- Qual a área de influência do serviço?
- Quais os diagnósticos mais prevalentes no internamento?
- Qual a taxa de ocupação por crianças com agudização de doença crónica respiratória?
- A equipa de enfermagem é composta por quantos elementos (especialistas e cuidados gerais)?
- Existe uma evidente prevalência de internamentos em determinado grupo etário?
- Na gestão de recursos humanos, tem em consideração ter na equipa um enfermeiro de reabilitação, por exemplo, privilegiar a sua intervenção nos turnos da manhã ou tarde?
- O Enfermeiro de Reabilitação desempenha exclusivamente cuidados especializados?
- Qual o método de trabalho utilizado no serviço? E especificamente em relação ao Enfermeiro Especialista em Reabilitação?
- Existem programas de reabilitação que mantenham o acompanhamento da criança após a alta? E existe algum programa específico no âmbito da criança com doença respiratória crónica?

Questões à Sra. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação:

- Aquando da chegada ao serviço de uma criança, o que mais valoriza na sua avaliação inicial?
- Que instrumentos são utilizados na prática de cuidados do Enfermeiro de Reabilitação (suporte documental: escalas, planos de intervenção)?
- O que tem em consideração na tomada de decisão com vista à intervenção?
- Como integra os pais no cuidado de enfermagem de reabilitação?
- Na preparação da alta, existe algum procedimento uniformizado com vista à continuidade de cuidados/articulação com a comunidade?
- Como funciona a equipa de reabilitação/referenciação no cuidado à criança com doença respiratória crónica?

Apêndice IV – Objetivos específicos e planejamento de atividades a desenvolver

OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER NA ECCI

Domínios de Competências	Objetivo específico	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
<i>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</i>	1.1 Compreender a dinâmica organo-funcional da ECCI e integrar a mesma.	Realização de uma visita e uma entrevista semiestruturada ao Enfermeiro Coordenador e ao Enfermeiro Orientador;	<u>Humanos:</u> Equipa de Enfermagem; Enfermeiro Coordenador; Enfermeiro Orientador. <u>Materiais:</u> Protocolos, normas e documentos do serviço; Código Deontológico do Enfermeiro. <u>Físicos:</u> ECCI <u>Temporais:</u> (Ver cronograma)	Ter realizado uma visita e entrevistas semiestruturadas ao enfermeiro coordenador e ao enfermeiro orientador;
A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;		Observação da estrutura organizacional da equipa;		Ter consultado protocolos e normas de atuação em equipa de enfermagem e multidisciplinar;
A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;		Consulta de protocolos e normas de atuação em equipa de enfermagem e multidisciplinar;		Ter demonstrado conhecimento sobre a dinâmica e estrutura organizacional da equipa, assim como sobre a forma como esta se articula com outras unidades.
B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;		Conhecimento relativamente à forma como se articula com outras unidades e como mobiliza os recursos da comunidade;		Ter participado nas reuniões de equipa;
C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;	1.1 Compreender a dinâmica organo-funcional da ECCI e integrar a mesma.	Participação nas reuniões de equipa, assim como na reflexão sobre prática e tomada de decisão.		Ter refletido sobre a prática e sobre a tomada de decisão.
D1 – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.				
<i>Competências Específicas do EEER</i>				
J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.				
Crítérios de Avaliação	De que forma as atividades realizadas contribuíram para conhecer a dinâmica e estrutura organizacional da equipa? De que forma a participação nas reuniões da equipa contribuíram para a reflexão sobre a prática e tomada de decisão?			

Domínios de Competências	Objetivo específico	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
<i>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</i>	1.2 Diagnosticar alterações/risco de alterações que promovam limitações na atividade da pessoa.	Avaliação do risco de alteração das funções motoras, sensorial, respiratória, alimentação, eliminação e sexualidade;	Humanos: Enfermeiro Orientador; pessoa e família;	Ter avaliado o risco de alteração das funções motoras, sensorial, respiratória, alimentação, eliminação e sexualidade;
A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;		Avaliação da capacidade funcional da pessoa na realização das atividades de vida diária;	<u>Materiais:</u> Documentos de apoio da equipa (Escala de avaliação);	Ter avaliado a capacidade funcional da pessoa na realização das atividades de vida diárias;
A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;		Identificação dos diagnósticos das respostas humanas inadequadas e consequentes necessidades de intervenção do enfermeiro de reabilitação.	<u>Físicos:</u> Domicílio; Comunidade.	Ter identificado diagnósticos e consequentes necessidades de intervenção.
B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;			<u>Temporais:</u> (Ver cronograma)	
B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;				
C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;				
C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados;				
D1 – Desenvolve auto-conhecimento e a assertividade;				
D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.				
<i>Competências Específicas do EEER</i>				
J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;				
J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.				
Critérios de Avaliação	De que forma a informação recolhida foi pertinente? Em que medida os problemas identificados são do âmbito da atuação do enfermeiro de reabilitação?			

Domínios de Competências	Objetivo específico	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
<i>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</i>	1.3 Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação no cuidado à pessoa no domicílio, com vista à maximização da funcionalidade, controlo de sintomas e prevenção de complicações.	Discussão com a pessoa, família e com o enfermeiro orientador sobre práticas de risco;	<u>Humanos:</u> Enfermeiro Orientador; pessoa e família;	Ter discutido com a pessoa e com o enfermeiro orientador práticas de risco e alterações na funcionalidade;
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados;</p> <p>D1 – Desenvolve auto-conhecimento e a assertividade;</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p>		<p>Prescrição de intervenções para redução do risco de alteração da funcionalidade;</p> <p>Discussão com a pessoa e família sobre as alterações da funcionalidade e definição conjunta das estratégias a adotar, assim como dos resultados esperados e metas a atingir, com vista à promoção da autonomia;</p> <p>Desenho, implementação, avaliação e redefinição do programa de intervenção de enfermagem de reabilitação;</p> <p>Prescrição com o apoio do enfermeiro orientador de produtos</p>	<p><u>Materiais:</u> Documentos de apoio da equipa;</p> <p><u>Físicos:</u> Centro de Documentação da ESEL; Domicílio; Comunidade.</p> <p><u>Temporais:</u> (Ver cronograma)</p>	<p>Ter prescrito intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade;</p> <p>Ter desenhado, implementado, avaliado e redefinido, em conjunto com a pessoa, um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação;</p> <p>Ter prescrito com o</p>

<i>Competências Específicas do EEER</i>		de apoio.		apoio do enfermeiro orientador produtos de apoio.
<p>J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>				
Crítérios de Avaliação	Em que medida a discussão com a pessoa sobre as práticas de risco e a definição conjunta das estratégias a adotar, dos resultados esperados e das metas a atingir promovem a autonomia? De que forma o programa de intervenção construído maximiza a funcionalidade, controla sintomas e previne complicações?			

Domínios de Competências	Objetivo específico	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
<i>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</i>	1.4 Promover a reintegração da pessoa na vida de sociedade.	Identificação dos recursos da família e da comunidade que permitam a participação social;	Humanos: Enfermeiro Orientador; pessoa e família;	Ter identificado os recursos da família e da comunidade que promovam a participação e a integração;
A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; D1 – Desenvolve auto-conhecimento e a assertividade; D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;		Identificação e orientação na eliminação de barreiras arquitetônicas no contexto de vida da pessoa;	Materiais: Legislação e normas técnicas; Documentos de apoio da equipa;	Ter identificado e orientado na eliminação de barreiras arquitetônicas;
<i>Competências Específicas do EEER</i>		Treino específico de atividades de vida diária, utilizando produtos de apoio, que visem a participação;	Físicos: Domicílio; Comunidade;	Ter treinado atividades de vida diária que visem a participação;
J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.		Conhecimento sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação.	Temporais: (Ver cronograma)	Ter demonstrado conhecimento sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação.
Critérios de Avaliação	Em que medida a identificação dos recursos da família e da comunidade e o conhecimento sobre legislação e normas técnicas permitem a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação alinhados com as necessidades da pessoa? De que forma a orientação na eliminação de barreiras arquitetônicas e o treino específico de atividades de vida diária permitem a integração e participação da pessoa na vida de sociedade?			

OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER NO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO

Domínios de Competências	Objetivo específico	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
<i>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</i>	2.1 Compreender a intervenção do EEER no cuidado à criança/família com alterações do foro sensório-motor.	Observação dos instrumentos de avaliação utilizados pelo EEER;	<u>Humanos:</u> Enfermeiro Orientador; Equipa multidisciplinar; criança e família;	Ter observado a aplicação de instrumentos de avaliação pelo EEER;
A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;		Observação dos programas de treino de AVDs na criança/família com alteração sensório-motora;	<u>Materiais:</u> Documentos de apoio do serviço;	Ter observado a execução dos programas de treino de AVDs;
A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;		Observação da implementação de planos de intervenção para otimização e reeducação da função alterada;	<u>Físicos:</u> Serviço de Pediatria do Centro Especializado;	Ter observado a implementação de planos de intervenção para a otimização e reeducação da função alterada;
D1 – Desenvolve auto-conhecimento e a assertividade;		Observação do ensino, instrução e treino na utilização de produtos de apoio e ortóteses/próteses tendo em vista a maximização da autonomia da criança;	<u>Temporais:</u> (Ver cronograma)	Ter observado o ensino, instrução e treino na utilização de produtos de apoio e ortóteses/próteses tendo em vista a maximização da autonomia da criança.
<i>Competências Específicas do EEER</i>				
J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;				
J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;				
J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.				
CrITÉRIOS de Avaliação	De que modo as atividades propostas contribuíram para compreender a intervenção do EEER no cuidado à criança/família com alterações do foro sensório-motor?			

OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER NO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Domínios de Competências	Objetivo específico	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
<i>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</i>	3.1 Compreender a dinâmica organo-funcional do serviço e integrar a equipa multidisciplinar.	Realização de uma visita ao serviço e de uma entrevista semiestruturada à Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora;	<u>Humanos:</u> Equipa de Enfermagem; Enfermeira Chefe; Enfermeira Orientadora	Ter realizado uma visita ao serviço e entrevistas semiestruturadas à enfermeira chefe e enfermeira orientadora;
A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;		Observação da estrutura física e organizacional do serviço;	<u>Materiais:</u> Protocolos, normas e documentos do serviço; Código Deontológico do Enfermeiro	Ter consultado protocolos e normas de atuação em equipa de enfermagem e multidisciplinar;
A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;		Consulta de protocolos e normas de atuação em equipa de enfermagem e multidisciplinar;	<u>Físicos:</u> Serviço de Internamento de Pediatria.	Ter demonstrado conhecimento sobre a estrutura física e organizacional do serviço, assim como sobre os recursos existentes e sobre a forma como este se articula com outras unidades;
B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;		Conhecimento sobre os recursos existentes no serviço que possam ser mobilizados na prestação de cuidados;	<u>Temporais:</u> (Ver cronograma)	Ter participado nas passagens de turno e reuniões do serviço;
C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;	3.1 Compreender a dinâmica organo-funcional do serviço e integrar a equipa multidisciplinar.	Conhecimento relativamente à forma como o serviço se articula com outros serviços e comunidade;		Ter refletido sobre a prática e tomada de decisão.
D1 – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;		Participação nas passagens de turno e reuniões do serviço, assim como na		
<i>Competências Específicas do EEER</i>				
J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.				

		reflexão sobre prática e tomada de decisão.		
Critérios de Avaliação	De que forma as atividades realizadas contribuíram para compreender a dinâmica organo-funcional do serviço? De que forma a participação nas passagens de turno e nas reuniões do serviço contribuíram para a reflexão sobre a prática e tomada de decisão?			

Domínios de Competências	Objetivo específico	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
<p><i>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</i></p> <p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B1 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados;</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p>	<p>3.2</p> <p>Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação no cuidado à criança/família hospitalizada neste serviço.</p>	<p>Pesquisa bibliográfica sobre os cuidados de enfermagem de reabilitação face à problemática da criança/família internada;</p> <p>Avaliação da criança/família tendo em conta os requisitos de autocuidado;</p> <p>Desenvolvimento de conhecimentos na interpretação de exames complementares de diagnóstico;</p> <p>Desenvolvimento de um plano de intervenção que permita a reeducação da função alterada consoante a avaliação realizada;</p> <p>Promoção do envolvimento da família nos cuidados de reabilitação planeados;</p> <p>Implementação do plano de intervenção, recorrendo aos sistemas de enfermagem;</p>	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira Orientadora; criança e família; Equipa de enfermagem e multiprofissional.</p> <p><u>Materiais:</u> Documentos de apoio do serviço (escalas de avaliação);</p> <p><u>Físicos:</u> Centro de Documentação da ESEL; Serviço de Internamento de Pediatria.</p> <p><u>Temporais:</u> (Ver cronograma)</p>	<p>Ter realizado pesquisa bibliográfica sobre os cuidados de enfermagem de reabilitação indicados à situação específica da criança/família internada;</p> <p>Ter avaliado a criança/família de acordo com os requisitos de autocuidado;</p> <p>Ter desenvolvido conhecimentos na interpretação de exames complementares de diagnóstico;</p> <p>Ter desenvolvido, implementado, avaliado e quando necessário redefinido a intervenção;</p>

<i>Competências Específicas do EEER</i>				
<p>J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>		<p>Utilização de estratégias de resolução de problemas desenvolvidas em parceria com a criança/família</p> <p>Avaliação e redefinição da intervenção de enfermagem de reabilitação;</p> <p>Realização de gestão de cuidados com vista à otimização dos recursos disponíveis.</p>		<p>Ter promovido o envolvimento da família nos cuidados de reabilitação planeados;</p> <p>Ter utilizado estratégias de resolução de problemas desenvolvidas em parceria com a criança/família;</p> <p>Ter realizado a gestão de cuidados com vista à otimização de recursos</p>
Critérios de Avaliação	De que forma a pesquisa bibliográfica permitiu a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação alinhada com as necessidades da criança/família? De que modo a avaliação, desenvolvimento, implementação, avaliação e redefinição da intervenção permitiu a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação de qualidade?			

Domínios de Competências	Objetivo específico	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
<i>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</i>		Pesquisa bibliográfica sobre a efetividade na aplicação de determinada técnica de reeducação funcional respiratória na criança, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento;	Humanos: Enfermeira Orientadora; criança e família	Ter realizado uma pesquisa bibliográfica sobre a efetividade de determinada técnica de reeducação funcional respiratória, tendo em consideração o seu estágio de desenvolvimento;
<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>	3.3 Desenvolver competências relativamente à reeducação funcional respiratória na criança/família com doença respiratória crónica tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento.	<p>Desenvolvimento de conhecimentos relativamente à interpretação de exames imagiológicos e da auscultação pulmonar;</p> <p>Realização da avaliação funcional respiratória da criança;</p> <p>Desenvolvimento de um plano de reeducação funcional respiratória em parceria com a criança/família, tendo como objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aliviar o broncospasmo; ○ Controlar a respiração; ○ Assegurar a permeabilidade da via aérea; ○ Correção de assínergias e defeitos 	<p><u>Materiais:</u> Documentos de apoio do serviço (Escala de avaliação);</p> <p><u>Físicos:</u> Centro de Documentação da ESEL; Serviço de Internamento de Pediatria.</p> <p><u>Temporais:</u> (Ver cronograma)</p>	<p>Ter desenvolvido conhecimentos relativamente à interpretação de exames imagiológicos e à auscultação pulmonar;</p> <p>Ter realizado uma avaliação, desenhado um plano de reeducação funcional respiratória, implementado, avaliado e redefinido o mesmo, com o apoio da enfermeira orientadora e em parceria com a criança/família.</p>

<i>Competências Específicas do EEER</i>		ventilatórios;		
<p>J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>		<p>○ Prevenção de defeitos posturais e deformações torácicas;</p> <p>○ Reeducação no esforço.</p> <p>Implementação da intervenção planeada com o apoio da enfermeira orientadora;</p> <p>Avaliação e redefinição do plano de reeducação funcional respiratória desenhado.</p>		
Critérios de Avaliação	De que forma a pesquisa bibliográfica permitiu a efetividade da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação? De que forma a avaliação, desenho, implementação, avaliação e redefinição do plano de intervenção permitiu prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à criança/família no âmbito da reeducação funcional respiratória?			

Domínios de Competências	Objetivo específico	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
<i>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</i>	3.4 Desenvolver competências de enfermagem de reabilitação no cuidado à criança/família com doença respiratória crónica com vista à promoção do autocuidado (autonomia e autogestão).	Adequação da linguagem e da comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança;	Humanos: Enfermeira Orientadora; criança e família	Ter adequado a linguagem ao estágio de desenvolvimento da criança e utilizado o brincar terapêutico;
A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;		Utilização do brincar terapêutico;	<u>Materiais:</u> Documentos de apoio do serviço (Escala de avaliação);	Ter identificado as estratégias utilizadas pela criança/família na autogestão da doença;
A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;		Identificação das medidas/estratégias utilizadas pela criança/família na autogestão da doença respiratória em casa;	<u>Físicos:</u> Serviço de Internamento de Pediatria.	Ter identificado expectativas, prioridades, e motivações da criança/família face aos cuidados/plano terapêutico;
B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;		Identificação das expectativas da criança/família face a intervenção de enfermagem de reabilitação;	Temporais: (Ver cronograma)	Ter realizado ensino, instrução e treino sobre os cuidados/plano terapêutico.
C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;		Identificação dos défices de cuidado dependente;		Ter identificado défices de cuidado dependente;
C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados;		Identificação das prioridades de atuação para a criança/família;		
D1 – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;		Identificação das motivações da criança/família;		
D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.				
<i>Competências Específicas do EEER</i>				
J1 - Cuida de pessoas com necessidades				

<p>especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>		<p>Realização de ensino, instrução e treino relativamente aos cuidados/plano terapêutico exigidos pelas limitações provocadas pela doença com vista à maximização do desempenho a nível motor e respiratório.</p>		
<p>Crítérios de Avaliação</p>	<p>De que modo a adequação da linguagem ao estágio de desenvolvimento da criança e a utilização do brincar terapêutico permitiram a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação de qualidade? De que forma o conhecimento sobre as estratégias utilizadas pela criança/família na autogestão da doença, a identificação de expectativas, motivações e prioridades contribuiu para a prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação? De que modo a realização de ensino, instrução e treino permitiu a maximização do desempenho a nível motor e respiratório?</p>			

Domínios de Competências	Objetivo específico	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
<i>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</i>	3.5 Compreender a intervenção do EEER na continuidade dos cuidados à criança com doença crónica respiratória.	Identificação das necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação no regresso a casa;	Humanos: Enfermeira Orientadora; criança e família	Ter identificado as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação da criança/família e ter mobilizado os recursos desta e da comunidade; Ter avaliado se a criança/família está capacitada para manter o plano de cuidados negociado.
A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados; D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;		Identificação e mobilização dos recursos da família e da comunidade que suportem a criança/família;	<u>Materiais:</u> Documentos de apoio do serviço; <u>Físicos:</u> Serviço de Internamento de Pediatria. <u>Temporais:</u> (Ver cronograma)	
<i>Competências Específicas do EEER</i>		Avaliação da capacitação da criança/família para manter o plano de cuidados negociado.		
J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.				
Critérios de Avaliação	De que modo a identificação das necessidades no regresso a casa, dos recursos da família e da comunidade, e a avaliação da capacitação da criança/família contribuiu para a continuidade de cuidados à criança com doença crónica respiratória?			

Apêndice II – Instrumento de colheita de dados

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM									
FATORES CONDICIONANTES BÁSICOS									
Nome									
Gosta de ser chamado					Idade			Gênero	
Religião				Língua			Escolaridade		
Profissão				Condições socioeconômicas					
Condições habitacionais/ ambientais									
Vive com									
Família (Caracterização)									
Genograma									

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIO DE SAÚDE	
Diagnóstico médico	
Antecedentes pessoais	
Alergias	
Terapêutica habitual	
O que sabe sobre a doença/ condição	
Expectativas face aos cuidados	
Gestão do processo de doença	
Modificações da autoimagem necessárias à incorporação das mudanças no estado de saúde	

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESENVOLVIMENTO	
Grandes mudanças	
Modo como enfrenta os desafios do crescimento e desenvolvimento normal	
Novos requisitos relacionados com a doença	

REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO		
Respiração Eficaz		
Inspeção torácica estática	Alterações na morfologia do tórax	
	Assimetrias do tórax	
	Alterações cutâneas do tórax	
Inspeção torácica dinâmica	Tipo de respiração	
	Frequência respiratória	
	Amplitude respiratória	
	Ritmo respiratório	
	Tiragem (retração espaços intercostais)	
	Relação tempo inspiratório/ expiratório	
	Outros sinais respiratórios extra-torácicos	
Palpação torácica	Expansibilidade torácica	
	Transmissão de vibrações	

Percussão do tórax								
Toracalgia								
Auscultação do tórax			Direita			Esquerda		
			Ápice	1/3	Base	Ápice	1/3	Base
	Murmúrio vesicular	Mantido						
		Diminuído						
		Ausente						
	Fervores	Presente						
		Ausente						
	Roncos	Presente						
		Ausente						
	Sibilos	Presente						
		Ausente						
	Atritos pleurais	Presente						
Ausente								
Aporte de Oxigénio								
Ventilação Invasiva / Não Invasiva								
Imagiologia								
Gasimetria arterial/ venosa								
Provas de função respiratória								

Manutenção da ingestão de água e alimentos							
Hábitos alimentares	Preferências alimentares						
	Alimentos que não gosta						
	Restrições/intolerâncias						
	Número refeições/dia						
Método de alimentação			Disfagia			Dentição	
Estado nutricional	Peso		Altura		IMC		
Observações							

Provisão de cuidados associados aos processos de eliminação				
Eliminação urinária				
Hábitos de eliminação vesical		Sintomas urinários		
Dispositivos urinários		Perturbações do controlo miccional		
Avaliação da perturbação				
Observações				
Eliminação intestinal				
Padrão de eliminação		Características		
Última dejeção		Hábitos de estimulação		
Perturbações da eliminação intestinal				
Avaliação da perturbação				
Observações				

Cuidados de higiene pessoal e banho			
Hábitos de higiene pessoal e banho		Utilização de produtos especiais no banho	
Utilização de produtos de apoio no banho e vestuário		Alterações da integridade da pele	
Observações			

Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso			
Sono	Padrão habitual		
	Medicação		
Dor	Escala		
	Caracterização		
Medida de Independência Funcional Score:			
Avaliação força muscular	Escala de Lower		
Avaliação da espasticidade	Escala de Ashworth mod.		
Coordenação Motora	Prova dedo-nariz		
	Prova calcanhar Joelho		
Equilíbrio	Sentado	Estático	
		Dinâmico	
	Em pé	Estático	
		Dinâmico	
Marcha (caracterização/ produtos de apoio)			
Transferências			
Atividades na cama			
Observações			

--	--

Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social	
Isolamento social	
Atividades recreativas habituais	
Interferências específicas	
Observações	

Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar		
Consciência	Caracterização	
	E. Glasgow	
	Outros	
Atenção		
Memória	Sensorial	
	Imediata	
	Recente	
	Remota	
Mini-exame do estado mental		
Sensibilidade superficial	Tátil	
	Térmica	
	Dolorosa	
Sensibilidade profunda	Vibratória	
	Pressão	
	Postural	
	Estereognosia	
Observações		
Escala de quedas de Morse (Score)		
Escala de Braden (Score)		
Avaliação pares craneanos	I – Olfativo	
	II – Ótico	
	III – Motor ocular comum	
	IV – Patético	
	V – Trigêmio	
	VI – Motor ocular	

	externo	
	VII – Facial	
	VIII – Estado-acústico	
	IX – Glossofaríngeo	
	X – Pneumogástrico	
	XI – Espinhal	
	XII – Grande Hipoglosso	

Promoção da normalidade		
Afasias	Fluência	
	Compreensão	
	Nomeação	
	Repetição	
Leitura		
Escrita		
Disartria		
Alterações da autoestima		
Alterações da autoimagem		
Projeto de vida futuro		
Observações		

Apêndice III – Desdobrável sobre administração de terapêutica por câmara expansora

A UTILIZAÇÃO DA CÂMARA
EXPANSORA AJUDA A
DEPOSITAR O MEDICAMENTO
NO LOCAL CERTO DO
PULMÃO DA CRIANÇA,
AUMENTANDO A EFICÁCIA E
DIMINUINDO OS EFEITOS
ADVERSOS DO MESMO.



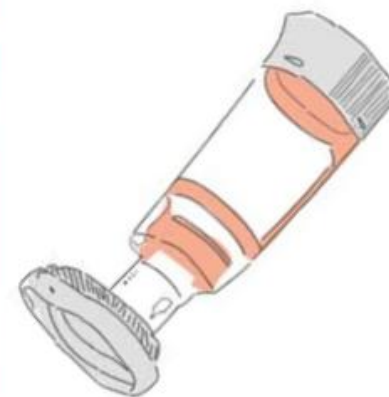
Elaborado por:

Enf. Tiago Dias Silva (Estudante E. Enf. Reabilitação)
Enf. Esp. Enfermagem Reabilitação



Janeiro 2016

MEDICAÇÃO EM CÂMARA EXPANSORA





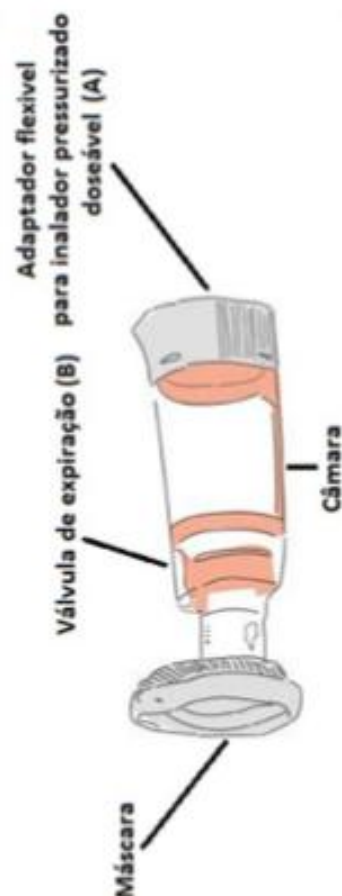
UTILIZAÇÃO CAMARA EXPANSORA

UTILIZAÇÃO:

1. Antes de adaptar o inalador na extremidade da câmara expansora (A) no lado oposto da máscara agite o mesmo (na posição vertical);
2. Se a criança for capaz peça para que esta expire o mais profundamente possível;
3. Coloque a máscara facial e verifique que se encontra bem adaptada à face, não havendo fugas (assegure que a criança é capaz de respirar normalmente);
4. Pressione só uma vez o inalador para libertação do aerossol na câmara expansora;
5. Logo a seguir conte entre 5 a 10 respirações da criança ou 10-15 segundos. Verifique o movimento da válvula de expiração durante a respiração (B).

Notas:

- Se for prescrito mais do que um "puff", retirar da boca e aguardar 30 segundos a 1 minuto para a nova inalação. Agite novamente o inalador e repita os passos 3 a 5.
- Após a inalação do medicamento (anti-inflamatórios esteroides) a criança deve lavar a boca com água ou escovar os dentes. Nas crianças pequenas que utilizem a máscara facial, a face deve ser também limpa.
- A câmara expansora não pode ser reutilizada noutra criança.



LIMPEZA DA CÂMARA EXPANSORA :

1. Desmonte todas as peças possíveis;
2. Coloque as mesmas num recipiente com água quente e detergente suave, durante 15 minutos;
3. Passe por água limpa, sacuda e deixe secar ao ar, sem limpar.

Nota: A limpeza da câmara expansora deve ser semanal.



As crianças com menos de 4 anos devem usar inaladores pressurizados associados a câmaras expansoras com máscara e, a partir desta idade, associados a câmaras com peça bucal.

ANEXOS

Anexo I – Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Fonte: Regulamento n.º122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamenta as competências comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, N.º35 (18-02-2011) 8648-8653



REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

*Proposta apresentada pelo Conselho Directivo
Lisboa, 5 de Maio de 2010*

Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010

REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Preâmbulo

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decore do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

Assim,

Nos termos da alínea d) do art.º 30.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, e do n.º 6 do artigo 4.º desta lei, no âmbito das suas atribuições regulamentadoras e nos termos da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional, o Conselho de Enfermagem e os Conselhos Directivos Regionais propõe, para aprovação pela Assembleia Geral, o seguinte Regulamento

Artigo 1.º

Objecto

O presente Regulamento define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

1. O conjunto de competências clínicas especializadas decore do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas.
2. O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.
3. As competências específicas serão reguladas em regulamento próprio de acordo com a respectiva área de especialização em enfermagem.
4. A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

Artigo 3.º

Conceitos

Para efeitos do presente Regulamento e dos regulamentos que estabelecem as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialização em enfermagem, entende-se por:

- a) *"Competências comuns"*, são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;
- b) *"Competências específicas"*, são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.
- c) *"Competências acrescidas"*, são as competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas.
- d) *"Domínio de competência"*, é uma esfera de acção e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.
- e) *"Norma ou descritivo de competência"*, apresenta a competência em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho.
- f) *"Unidade de competência"*, é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.
- g) *"Critérios de avaliação"*, compreendem a lista integrada dos aspectos de desempenho que devem ser atendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício; expressam as características dos resultados, relacionando-se com o alcance descrito.

Artigo 4.º

Domínios das competências comuns

São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Artigo 5.º

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

1. As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:
 - a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
 - b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Artigo 6.º

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

1. As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:
 - a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
 - b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
 - c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo II).

Artigo 7.º
Competências do domínio da gestão dos cuidados

1. As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:
 - a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
 - b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo III).

Artigo 8.º
Competências do domínio das aprendizagens profissionais

1. As competências do domínio das aprendizagens profissionais são as seguintes:
 - a) Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;
 - b) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo IV).

Aprovado, por maioria, pelo Conselho Directivo na sua reunião de 5 de Maio de 2010 e
ratificado pela Digníssima Bastonária em 6 de Maio de 2010



ANEXO I
A - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

A1. DESENVOLVE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL E ÉTICA NO SEU CAMPO DE INTERVENÇÃO.

Descritivo:

Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada	A1.1.1. As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente. A1.1.2. O juízo baseado no conhecimento e experiência está reflectido na tomada de decisão.

	<p>A1.1.3. A autonomia de julgamento fundamentado reflecte-se na tomada de decisão em situações da prática clínica.</p> <p>A1.1.4. Participa na construção da tomada de decisão em equipa.</p> <p>A1.1.5. As respostas mais apropriadas são identificadas a partir de um amplo leque de opções.</p>
A1.2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas	<p>A1.2.1. As situações são avaliadas usando técnicas de tomada de decisão.</p> <p>A1.2.2. As decisões são guiadas pelo Código Deontológico.</p> <p>A1.2.3. Incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem.</p> <p>A1.2.4. Promove o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p>
A1.3. Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade	<p>A1.3.1. Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade.</p> <p>A1.3.2. Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.</p> <p>A1.3.3. Toma a iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão.</p> <p>A1.3.4. Recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões.</p>
A1.4. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão	<p>A1.4.1. Alinha os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada.</p> <p>A1.4.2. Os resultados são avaliados e partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada.</p>

A2. PROMOVE PRÁTICAS DE CUIDADOS QUE RESPEITAM OS DIREITOS HUMANOS E AS RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS.

Descritivo:

Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
A2.1. Promove a protecção dos direitos humanos	<p>A2.1.1. Assume a defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código Deontológico, relevando os relativos à sua área de especialidade.</p> <p>A2.1.2. Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.3. Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.4. Promove o respeito do cliente à privacidade, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.5. Promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.6. Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.7. Reconhece e aceita os direitos dos outros.</p> <p>A2.1.8. Mantém um processo efectivo de cuidado, quando confrontado com valores diferentes.</p>
A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a	<p>A2.2.1. Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco.</p> <p>A2.2.2. Adota e promove a adopção de medidas apropriadas, com recurso às suas competências especializadas.</p> <p>A2.2.3. Tem uma conduta preventiva, antecipatória.</p>

segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente	A2.2.4. Recolhe e analisa informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.5. Identifica as acções a serem tomadas em circunstâncias específicas. A2.2.6. Segue incidentes de prática insegura para prevenir re-ocorrência.
--	---

ANEXO II B - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

B1. DESEMPENHA UM PAPEL DINAMIZADOR NO DESENVOLVIMENTO E SUPORTE DAS INICIATIVAS ESTRATÉGICAS INSTITUCIONAIS NA ÁREA DA GOVERNAÇÃO CLÍNICA.

Descritivo:

Colabora na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B1.1. Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade	B1.1.1. Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.1.2. Desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.1.3. Colabora na realização de actividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. B1.1.4. Comunica resultados das actividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.
B1.2. Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática	B1.2.1. Detém conhecimentos avançados sobre as directivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.2.2. Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.2.3. Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

B2. CONCEBE, GERE E COLABORA EM PROGRAMAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.

Descritivo:

Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado	B2.1.1. Accede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2. Define indicadores para medição válida da qualidade, em função das necessidades. B2.1.3. Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais. B2.1.4. Realiza auditorias clínicas. B2.1.5. Aplica instrumentos de avaliação de resultado.
B2.2. Planeia programas de melhoria contínua	B2.2.1. Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2. Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3. Seleciona estratégias de melhoria. B2.2.4. Elabora guias orientadores de boa prática.

B2.3. Lidera programas de melhoria	B2.3.1. Supervisiona, permanentemente, os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2. Normaliza e actualiza as soluções eficazes e eficientes.
------------------------------------	---

B3. CRIA E MANTÉM UM AMBIENTE TERAPÉUTICO E SEGURO.

Descritivo:

Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, actua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos / grupo	B3.1.1. Promove a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das percepções de segurança de um indivíduo / grupo. B3.1.2. Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo / grupo. B3.1.3. Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas. B3.1.4. Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes (de acordo com a idade). B3.1.5. Promove a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. B3.1.6. Promove a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. B3.1.7. Promove a adesão à saúde e segurança ocupacional. B3.1.8. Desenvolve medidas para a segurança dos dados e registos.
B3.2. Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais	B3.2.1. Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. B3.2.2. Envolve os colaboradores na gestão do risco. B3.2.3. Previne os riscos ambientais. B3.2.4. Desenvolve mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa. B3.2.5. Desenvolve os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano. B3.2.6. Cria mecanismos formais que permitam avaliar a efectividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco. B3.2.7. Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos. B3.2.8. Coordena a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infecção. B3.2.9. Colabora na elaboração de planos de emergência.

ANEXO III C - DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

C1. GERE OS CUIDADOS, OPTIMIZANDO A RESPOSTA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM E SEUS COLABORADORES E A ARTICULAÇÃO NA EQUIPA MULTIPROFISSIONAL.

Descritivo:

Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crítérios de avaliação</i>
C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão	C1.1.1. Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e equipa. C1.1.2. Colabora nas decisões da equipa multiprofissional. C1.1.3. Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar. C1.1.4. Reconhece quando negociar com ou referendar para outros prestadores de cuidados de saúde.
C1.2. Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade	C1.2.1. Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar. C1.2.2. Cria guias orientadores das práticas a delegar. C1.2.3. Utiliza uma variedade de técnicas directas ou indirectas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar. C1.2.4. Supervisiona e avalia os cuidados prestados, em situação de delegação.

C2. ADAPTA A LIDERANÇA E A GESTÃO DOS RECURSOS ÀS SITUAÇÕES E AO CONTEXTO VISANDO A OPTIMIZAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS.

Descritivo:

Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
C2.1. Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados	C2.1.1. Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. C2.1.2. Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados. C2.1.3. Organiza e coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.4. Negocia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.5. Avalia riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos. C2.1.6. Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.
C2.2. Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estímo favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos	C2.2.1. Reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.2. Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.3. Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.4. Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.

ANEXO IV

D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

D1. DESENVOLVE O AUTO-CONHECIMENTO E A ASERTIVIDADE.

Descritivo:

Demonstra, em situação, a capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro	D1.1.1. Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2. Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3. Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4. Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.
D1.2. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional	D1.2.1. Desenvolve a congruência entre auto e hetero-percepção. D1.2.2. Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3. Actua eficazmente sob pressão. D1.2.4. Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5. Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

D2. Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Descritiva:

Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade	D2.1.1. Actua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais. D2.1.2. Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3. Concebe e gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4. Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5. Avalia o impacto da formação.
D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade	D2.2.1. Actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2. Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3. Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4. Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5. Discute as implicações da investigação. D2.2.6. Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.
D2.3. Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho	D2.3.1. Tem uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2. Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3. Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4. Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5. Toma iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada.

Anexo II – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Fonte: Regulamento n.º125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamenta as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8658-8659



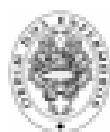
REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**APROVADO POR UNANIMIDADE EM
ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE 20 DE NOVEMBRO DE 2010**

*Proposta apresentada pelo Conselho Directivo, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de
Enfermagem de Reabilitação em 18/09/2010*

Lisboa, 20 de Outubro de 2010

ORDEN DOS ENFERMEIROS



REGULAMENTO

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Preâmbulo

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.

A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.

Nos termos da alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º-A do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, aprova a presente proposta de regulamento, a propor ao Conselho Directivo para dar seguimento ao processo regulamentar.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Artigo 1.º

Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º

Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

1. As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação são as seguintes:
 - a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
 - b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
 - c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Aprovado Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação realizada no dia 18 de Setembro de 2010

A Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
Enf.ª Margarida Oliveira e Sousa



ANEXO I

1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

Descritivo:

Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar actividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da actividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades	J1.1.1. Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.1.2. Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardio-respiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade. J1.1.3. Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as Actividades de Vida Diárias (AVD's) de forma independente. J1.1.4. Identifica factores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa. J1.1.5. Avalia os aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade. J1.1.6. Faz o diagnóstico das respostas humanas desadequadas a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's. J1.1.7. Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reduzir a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.
J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade	J1.2.1. Discute as práticas de risco com pessoa, concebe planos, selecciona e prescreve as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.2.2. Discute as alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida. J1.2.3. Concebe planos, selecciona e prescreve as intervenções para otimizar e/ou reduzir a função e elabora programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardio-respiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade. J1.2.4. Selecciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).
J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reduzir as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade	J1.3.1. Implementa planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.3.2. Implementa programas de: reeducação funcional cardio-respiratória; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; optimização e/ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal). J1.3.3. Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto-cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade).
J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas	J1.4.1. Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de: redução do risco; optimização da função; reeducação funcional; treino. J1.4.2. Usa indicadores sensíveis aos cuidados da enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida).



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Descritivo:

Analisa a problemática da deficiência, limitação da actividade e da restrição da participação na sociedade actual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de acções autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva.

Unidades de competência	CrITÉRIOS de avaliação
J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AVD/s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida	J2.1.1. Ensina a pessoa e/ou cuidador técnicas específicas de auto cuidado. J2.1.2. Realiza treinos específicos de AVD/s, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação). J2.1.3. Ensina e supervisiona a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.
J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social	J2.2.1. Demonstra conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica. J2.2.2. Sensibiliza a comunidade para a importância da adopção de práticas inclusivas. J2.2.3. Identifica barreiras arquitectónicas. J2.2.4. Orienta para a eliminação das barreiras arquitectónicas no contexto de vida da pessoa. J2.2.5. Emite pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade.

3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Descritivo:

Interage com a pessoa no sentido de desenvolver actividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardio-respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

Unidades de competência	CrITÉRIOS de avaliação
J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório	J3.1.1. Demonstra conhecimento aprofundado acerca das funções cardio-respiratória e motora. J3.1.2. Ensina, instrui e treina sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardio-respiratório, tendo em conta os objectivos individuais da pessoa. J3.1.3. Concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação.
J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados	J3.2.1. Monitoriza a implementação dos programas concebidos. J3.2.2. Monitoriza os resultados obtidos em função dos objectivos definidos com a pessoa.

Anexo III – Mini-exame do estado mental

Fonte: Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Língua (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATÃO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

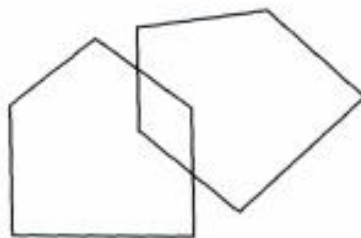
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Anexo IV – Escala de Lower

Fonte: Menoita, E. (2012a). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

5/5	Movimento normal contra a gravidade e resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força
3/5	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama
1/5	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento
0/5	Sem contração muscular e sem movimento

Anexo V – Índice de Tinetti

Fonte: Freitas, E. (2002). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabará Koogan, cop.

1. Equilíbrio sentado	Escorrega	0 ()
	Equilibrado	1 ()
2. Levantando	Incapaz	0 ()
	Usa os braços	1 ()
	Sem os braços	2 ()
3. Tentativas de levantar	Incapaz	0 ()
	Mais de uma tentativa	1 ()
	Única tentativa	2 ()
4. Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Desequilibrado	0 ()
	Estável, mas usa suporte	1 ()
	Estável sem suporte	2 ()
5. Equilíbrio em pé	Desequilibrado	0 ()
	Suporte ou base de sustentação > 12 cm	1 ()
	Sem suporte e base estreita	2 ()
6. Teste dos três tempos*	Começa a cair	0 ()
	Agarra ou balança (braços)	1 ()
	Equilibrado	2 ()
7. Olhos fechados (mesma posição do item 6)	Desequilibrado, instável	0 ()
	Equilibrado	1 ()
8. Girando 360°	Passos descontínuos	0 ()
	Passos contínuos	1 ()
	Instável (desequilíbrios)	0 ()
	Estável (equilibrado)	1 ()
9. Sentando	Inseguro (erra a distância, cai na cadeira)	0 ()
	Usa os braços ou movimentação abrupta	1 ()
	Seguro, movimentação suave	2 ()

10. Início da marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar	0 ()
	Sem hesitação	1 ()
11. Comprimento e altura dos passos	a) Pé Direito	
	- não ultrapassa o pé esquerdo	0 ()
	- ultrapassa o pé esquerdo	1 ()
	- não sai completamente do chão	0 ()
	- sai completamente do chão	1 ()
	b) Pé Esquerdo	
	- não ultrapassa o pé direito	0 ()
	- ultrapassa o pé direito	1 ()
12. Simetria dos passos	Passos diferentes	0 ()
	Passos semelhantes	1 ()
13. Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontínuos	0 ()
	Passos contínuos	1 ()
14. Direção	Desvio nítido	0 ()
	Desvio leve ou moderado ou uso de apoio	1 ()
	Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	2 ()
15. Tronco	Balanço grave ou uso de apoio	0 ()
	Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços	1 ()
	Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio	2 ()
16. Distância dos tornozelos	Tornozelos separados	0 ()
	Tornozelos quase se tocam enquanto anda	1 ()

Anexo VI – Avaliação dos Orientadores dos locais de ensino clínico

ANEXO II

6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO

APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Tiago Jorge Dias da Silva

Local de Estágio: UCC [REDACTED] Início: 28/9/15 Fim: 13/11/15

Orientador: [REDACTED]

O Tiago Dias Silva durante o estágio na UCC [REDACTED], demonstrou possuir competências científicas, técnicas e humanas necessárias para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação aos utentes que lhe foram atribuídos.

Demonstra capacidade de analisar as diferentes situações e fazer um diagnóstico de enfermagem correto e adaptado à situação do utente e família. Sabe aplicar os conhecimentos de enfermagem na prática clínica.

Valorizou sempre o potencial do doente e soube aplicá-lo de forma construtiva no sentido de criar autonomia no utente e família.

Criou em conjunto com o utente e família, estratégias de reabilitação adaptadas ao facto de os cuidados serem prestados no domicílio.

Estabeleceu um programa de enfermagem de reabilitação, para cada utente, de forma a valorizar o potencial e a melhorá-lo, tendo sempre presente a necessidade do utente se integrar no meio familiar e social, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do utente e família.

O Tiago apresentou uma excelente integração na equipa e uma excelente relação de ajuda com os utentes e seus familiares/cuidadores informais.

Demostrou muito interesse por todas as áreas abrangidas na UCC, nomeadamente a saúde escolar e a ELI.

DATA:

ASSINATURAS:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
	[REDACTED]	[REDACTED]	<u>Tiago Dias</u>

ANEXO II

6.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO

APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Tiago Xenge Dias da Silva

Local de Estágio: Hospital Início: 30.11.2015 Fim: 12.02.2016

Orientador: _____

O Tiago no decorrer do E.C. demonstrou uma atitude empreendedora, dinâmica e disponível em aprender, facilmente se integrou no equipo de enfermagem, e posteriormente no restante equipo multiprofissional, sendo com o compromisso o melhoramento do serviço na sua globalidade e mais especificamente no que respeita aos cuidados de reabilitação.

Relativo ao seu projeto e os objetivos propostos foi difícil intervir na gestão da doença respiratória crónica no ensino/família, visto que a patologia respiratória existente não ajudou; no entanto, o Tiago conseguiu adaptar e reorganizar os seus objetivos de modo a atingir e a desenvolver competências científicas, técnicas, e humanas enquanto futuro E.E.R.

Devido à "volatilidade" do serviço, em termos de ensinos com patologia neurológica e sequelas motoras, foi possível alcançar a intervenção familiar nesta área, o que permitiu enriquecer o E.C.

O Tiago, com base numa avaliação global e individual, desenvolveu programas de intervenção de enf. reabilitadora adequados a cada ensino/família, à sua situação e perspetivando os objetivos a curto e médio prazo.

De um modo geral, o E.C. foi rico em experiências, permitiu intervir desde o lactante, ao ensino em idade escolar até ao adolescente e família, e permitiu desenvolver competências gerais enquanto enfermeiro especialista e específico enquanto enfermeiro especialista em reabilitação.

Por último, o Tiago interviu junto da equipa enfermeira ao receber uma carta formação sobre a insuloterapia e cuidados enfermeiros.

DATA:

ASSINATURAS:

ORIENTADOR ESEL

ORIENTADOR ESTÁGIO

ESTUDANTE

Tiago Xenge

